
GLASGOW
COLLEGE
LIBRARY


via veritas vita

MÉMORIAL

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS.

Ouvrages de Madame BOIVIN, qui se trouvent chez les mêmes Libraires :

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES, appuyé sur un grand nombre d'observations cliniques ; par madame BOIVIN, et A. DUGÈS, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, 1833, 2 vol. in-8. 14 fr.

— ATLAS de 41 planches in-fol., gravées et coloriées, représentant les principales altérations morbides des organes génitaux de la femme. Paris, 1833, in-fol., avec explication. 60 fr.

— L'ouvrage complet pris ensemble, 2 vol. in-8, atlas in-fol. 70 fr.

RECHERCHES SUR UNE DES CAUSES LES PLUS FRÉQUENTES ET LA MOINS CONNUE DE L'AVORTEMENT, suivies d'un Mémoire sur l'intro-pelvimètre, ou mensurateur interne du bassin ; par madame BOIVIN. Paris, 1828, in-8, fig. 4 fr.

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LES CAS D'ABSORPTION DU PLACENTA ; par la même. Paris, 1829, in-8. 1 fr. 50 c.

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ORIGINE, LA NATURE ET LE TRAITEMENT DE LA MOLE VÉSICULAIRE, ou Grossesse hydatique. Paris, 1827, in-8, fig. 2 fr. 50 c.

NOUVEAU TRAITÉ DES HÉMORRHAGIES DE L'UTÉRUS, traduit de l'angl. de *Rigby* et *Duncan*, avec 124 observations tirées de la pratique des deux auteurs ; précédé d'une Notice historique sur le traitement des Hémorrhagies utérines, et suivi d'une Lettre de M. CHAUSSIER, sur la Structure de l'Utérus. Paris, 1818, 1 vol. in-8. Prix, br. 6 fr. 50 c.

MÉMOIRE SUR LES HÉMORRHAGIES INTERNES DE L'UTÉRUS, couronné par la Société de Médecine. Paris, 1819, br. 3 fr. 50 c.

RECHERCHES SUR LES CONCRÉTIONS TUBERCULEUSES des membranes séreuses, et sur l'origine des tubercules et des tumeurs qui se rencontrent dans les divers tissus du corps ; par J. BARRON, D.-M., traduit de l'anglais, avec des notes, par madame BOIVIN. Paris, 1825, in-8, fig. 7 fr. 50 c.

PARIS, IMP. DE FÉLIX LOCQUIN,
rue N.-D. des Victoires, 16.

MÉMORIAL

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS,

OU

PRINCIPES FONDÉS SUR LA PRATIQUE DE L'HOSPICE DE LA MATERNITÉ DE PARIS, ET SUR CELLE DES PLUS CÉLÈBRES PRATICIENS NATIONAUX ET ÉTRANGERS ;

SUIVIS

1° Des Aphorismes de Mauriceau ; 2° d'une série de 143 Gravures représentant le mécanisme de toutes les espèces d'Accouchemens ; la composition de l'OEuf humain, etc.

Ouvrage placé, par DÉCISION MINISTÉRIELLE, au rang des livres classiques à l'usage des élèves de l'École d'Accouchement de Paris,

PAR MADAME Ve BOIVIN,

Ex-Maîtresse Sage-Femme, Surveillante en chef de l'hospice de la Maternité et de la Maison royale de Santé de l'Administration générale des Hôpitaux et Hospices civils de Paris ; Docteur en médecine de l'Université de Marbourg ; Membre de la Société médicale d'Émulation, de la Société de Médecine pratique, de l'Athénée des Sciences et Arts de Paris ; Membre correspondant de la Société royale de Médecine de Bordeaux, de la Société de Médecine de Gand, de la Société royale académique de Médecine et de Chirurgie de Berlin ; décorée de la Médaille d'or du Mérite civil de Prusse, etc.

Les objets exposés aux yeux frappent plus vivement l'esprit
que ceux dont l'oreille est la seule confidente.
Trad. d'Hor., *Art poét.*

QUATRIÈME ÉDITION,

Corrigée et considérablement augmentée dans le texte, dans les gravures, et surtout de six Tables synoptiques offrant le précis de 24,214 faits de pratique.

PREMIÈRE PARTIE.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE, LIBRAIRE,
13 bis, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

CROCHARD ET Cie., LIBRAIRES,
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1836

6/10

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT

ET A MESSIEURS LES MEMBRES

DU CONSEIL GÉNÉRAL DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS.

Monsieur le Président et Messieurs,

L'ouvrage que j'ai l'honneur de vous offrir doit à votre bienveillante sollicitation la faveur d'être placé, par décision ministérielle, au rang des livres classiques adoptés dans l'École des Sages-Femmes, la

première de l'Europe, et dont j'ai l'avantage d'être Élève. Quelque flatteur que soit le Rapport du Commissaire chargé de faire l'examen du Mémorial, *l'auteur a senti que la protection qui lui était accordée était moins la récompense de son zèle et de quelques services rendus pendant onze années dans une partie de l'établissement confiée alors à ses soins, qu'un motif d'encouragement pour mieux faire, et comme un nouvel objet présenté à l'émulation des Élèves, pour qui déjà l'Administration semblait avoir épuisé tous les genres de bienfaits.*

Ce n'était point assez pour le Conseil général d'avoir créé, perfectionné ces nombreux établissemens où les pauvres de tous les âges, de tous les sexes, trouvent un abri à leur misère, des consolations à leurs peines, des remèdes à tous les maux dont ils peuvent être affligés, d'avoir ouvert un asile aux mères indigentes, pour venir y déposer entre les mains les plus habiles les fruits amers de leur fécondité; d'avoir pris sous sa tutelle ces innocentes créatures que la faim, la mort, semblaient attendre aux portes de la vie : il a encore voulu que ses bienfaits qui naguère se bornaient à la capitale, s'étendissent partout et sur toutes les classes de la société.

Émue, attendrie aux cris douloureux que faisaient

entendre au loin les mères victimes de la barbarie et de l'ignorance, l'Administration s'empressa d'y répondre en établissant une École-Pratique d'Accouchemens au sein même de l'hôpital des femmes en couche: de toutes parts elle fit appeler, non pas des hommes, mais des femmes, pour y venir assister aux leçons des plus célèbres Professeurs en chirurgie et en médecine, dont le choix est encore un bienfait, à celles de femmes qu'il suffirait de nommer pour rappeler les talens des plus grands maîtres. Déjà un grand nombre sont venues puiser à cette source féconde d'instruction les connaissances et les qualités nécessaires pour l'exercice d'un art si important par ses résultats sur la population du royaume et sur le bonheur des familles.

Il ne m'appartient pas, Monsieur le Président et Messieurs, *de dire jusqu'à quel point les Élèves de l'hospice de la Maternité peuvent répondre à vos vues bienfaisantes; mais toutes, animées du même zèle, s'efforceront de prouver, soit dans l'exercice de leurs pénibles et touchantes fonctions, soit dans la publication des faits intéressans qu'elles auront recueillis dans leur pratique, qu'elles ont su mettre à profit l'excellente et solide instruction que leur a procurée cette École, objet de votre constante sollicitude; elles y seront encouragées surtout par*

la protection que vous daignez accorder à une de leurs anciennes compagnes : heureuse d'être la première à qui il ait été permis de vous offrir l'hommage public de sa profonde vénération et de la vive reconnaissance avec laquelle elle ne cessera d'être ,

MONSIEUR LE PRÉSIDENT ET MESSIEURS,

Votre très-humble et très-
obéissante servante,
V[ve] BOIVIN.

PRÉFACE

DE CETTE QUATRIEME ÉDITION.

Ce livre, qui a vu le jour pour la première fois il y a 24 ans, que j'ai publié à la sollicitation de plusieurs gens de l'art qui le connaissaient manuscrit ; ce livre, le résultat d'observations nombreuses puisées aux meilleures sources, sera sans doute aussi le dernier qui sortira de ma plume. Mon âge, ma santé, mes facultés intellectuelles, le respect pour le public et pour la science que j'ai cultivée avec tant de zèle et de dévouement, tout m'ordonne le repos : j'obéis.

La première édition, publiée à la hâte pour répondre aux intentions généreuses et pressantes du professeur Chaussier (1), n'était, pour ainsi dire, que le tableau comparatif des faits observés à l'hospice de la Maternité, avec les doctrines et les opinions des maîtres chargés alors de l'enseignement public.

Chaque édition successive du Mémorial reçut des améliorations dans les diverses parties qui le composent. L'organe le plus important à connaître pour l'étude et la pratique des accouchemens fut pour moi l'objet d'une investigation suivie

---

(1) Il importe sans doute fort peu au public de connaître l'origine de cet ouvrage, mais il m'importe beaucoup, à moi, de faire savoir que c'est au savant, au célèbre Chaussier, à l'Hippocrate français, si mal connu, si mal jugé pendant sa vie, qu'est due la publication du Mémorial. Médecin en chef de la Maternité, il m'avait vue occupée à retracer les figures de l'enfant chez la femme enceinte; il prit connaissance du texte et me témoigna le désir d'avoir en sa disposition texte et dessins; je lui remis le tout, et une année après je reçus les gravures en bois, qui servent encore à la présente édition, la quittance du graveur et l'invitation de publier mon travail qui n'était point destiné à voir le jour : l'ouvrage eut du succès. Hommage en soit rendu à la mémoire de *Chaussier!*

dans les établissemens auxquels je fus attachée pendant quarante-trois ans.

Les découvertes que j'ai faites sur la structure de l'utérus, sur les fonctions et les nombreuses maladies dont cet organe est le siége, ont été en partie consignées dans ce livre, et avec plus de détails encore dans un ouvrage plus récent, et d'une plus grande étendue (1).

En retraite depuis quelques mois dans ma ville natale, j'ai pu revoir avec attention cet ouvrage dont le succès a passé mes espérances ; traduit en plusieurs langues, il est maintenant dans toutes les universités de l'Europe, entre les mains des étudians des deux sexes. J'ai dû faire en conséquence de nouveaux efforts pour qu'il reparût encore une fois digne de l'intérêt et de la protection dont il fut l'objet constant.

Ainsi, on trouvera dans cette quatrième édition de nouvelles remarques sur la structure et sur les fonctions de l'utérus ; sur l'œuf humain ; sur certains cas d'accouchemens difficiles, notamment sur la présentation de l'épaule ou du bras de l'enfant, et sur les procédés opératoires mis en usage dans ces cas, si brutalement traités par des praticiens d'outre-mer, et traités d'une manière si simple et si heureusement différente chez nous, spécialement à l'école d'accouchement de Paris. On trouvera encore quelques remarques sur les cas de mauvaise conformation du bassin ; enfin, cette édition offre trois nouvelles planches gravées qui représentent l'œuf humain à differens termes, les organes de la nutrition et de la circulation chez le fœtus.

Versailles, ce 15 juillet 1836.

Vve BOIVIN.

---

(1) *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, 2 vol. in-8°.

RAPPORT

Fait dans la séance publique de la distribution des prix, aux élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité, le 18 *juin* 1812; *sous la présidence de* M. Trutat, *vice-président du Conseil général de l'administration des hôpitaux et hospices civils de Paris, par* M. Chaussier, *professeur de la faculté, commissaire-président des jurys de Médecine, médecin en chef de l'hospice de la Maternité, de l'École Polytechnique*, etc.

Quoique depuis long-temps la théorie et la pratique des accouchemens soient fixées sur des bases inébranlables, parce qu'elles sont fondées sur la nature même; quoiqu'il ait paru sur cet objet un grand nombre d'ouvrages plus ou moins volumineux, et qu'ainsi tout paraisse être dit, cependant on peut encore y ajouter quelque chose. Le perfectionnement des méthodes, des procédés, la manière d'exposer les principes de l'art, d'en développer les détails, peut contribuer à la facilité des études; et, sous ce point de vue, l'ouvrage de madame Boivin me paraît devoir être de la plus grande utilité. Élève de l'école de la Maternité, elle a acquis dans les leçons, dans la pratique de madame Lachapelle, qui était alors chargée seule de l'enseignement, les connaissances les plus solides de son art. Depuis, attachée à une partie de cet établissement, elle a suivi chaque année, et autant que les devoirs de sa place le lui permettaient, les cours, les examens de l'école de la Maternité; et c'est en recueillant, en rapprochant les observations, les préceptes des sages et savans professeurs qui sont ici chargés de l'enseignement, et qui s'en acquittent d'une manière si distinguée; c'est en y ajoutant

le fruit de ses lectures et de ses méditations qu'elle a formé l'ouvrage que j'annonce. Ainsi, on n'y trouvera point ces systèmes brillans, ces raisonnemens subtils, ces explications hypothétiques et versatiles qui tendent plutôt à obscurcir qu'à éclairer la vérité; mais on y trouvera le résultat de la pratique des maîtres les plus célèbres, le précis des méthodes qui sont suivies à l'école de la Maternité; et ce qui distinguera cet ouvrage de tous les autres, ce sont les figures nombreuses que l'auteur y a ajoutées, et qu'elle a dessinées elle-même avec un soin particulier, et de manière à représenter les diverses positions du fœtus, ainsi que le manuel des opérations qu'il convient d'employer dans chacun de ces cas. Dira-t-on que dans ces ouvrages les figures sont un ornement inutile, superflu, parce qu'il faut non seulement voir, mais toucher dans la réalité? Mais Baudelocque, cet excellent homme dont le nom ne sera jamais prononcé dans cet amphithéâtre qu'avec un sentiment de respect et de reconnaissance; Baudelocque, si bon juge sur cet objet, pensait bien différemment: il désirait beaucoup que l'on pût représenter et mettre sous les yeux toute la pratique de l'art. Une longue et heureuse habitude de l'enseignement lui avait fait reconnaître que ce qui frappe les yeux parvient plus facilement à l'intelligence, se grave plus profondément dans la mémoire. Ces considérations ont également frappé les administrations, les facultés de médecine qui, dans leurs cabinets, ont cherché à multiplier, par divers moyens, la représentation des objets d'anatomie et de pathologie. Le coup d'œil suffit pour rappeler à ceux qui savent, il excite l'attention de ceux qui ignorent et qui veulent apprendre: la figure est pour eux comme une carte géographique qui présente en même temps la forme, l'étendue et la route à suivre. C'était aussi l'opinion de M. le Conseiller d'État, préfet de la

Seine, qui, après avoir présidé la séance de 1809, eut la bonté d'examiner les dessins de madame Boivin, l'encouragea à terminer et à publier ce travail, qu'il regardait comme devant être de la plus grande utilité pour l'instruction des élèves. Cette invitation puissante, et les sollicitations de quelques autres personnes qui s'intéressent au progrès de l'art, ont enfin déterminé l'auteur a publier son ouvrage, et j'en présente de sa part le premier exemplaire à MM. les membres du Conseil général des hospices.

RAPPORT

Fait au Conseil général d'administration des hospices civils de Paris, dans sa séance du 15 juillet 1812, par le membre de la Commission chargé du service de santé, et adressé à M. le Conseiller d'État, préfet de la Seine, pour être transmis à son Excellence le Ministre de l'intérieur, comme étant l'opinion du Conseil sur l'ouvrage de madame Boivin.

Messieurs,

L'ouvrage dont madame Boivin, surveillante en chef à l'hospice de la Maternité, est auteur, qui a été présenté au Conseil, et dont il m'a chargé de lui rendre compte, traite des accouchemens : l'auteur a mis en tête cette épigraphe : *Les objets exposés aux yeux frappent plus vivement l'esprit que ceux dont l'oreille est la seule confidente.* En effet, il est composé de tableaux à mettre sous les yeux du lecteur, et il est intitulé : *Mémorial de l'Art des Accouchemens*; ce qui indique qu'il est particulièrement destiné à rappeler aux élèves les principes de cet art et les diverses manœuvres qu'il prescrit. En général, l'ou-

vrage justifie très bien ce titre ; les préceptes les plus importans et les plus utiles y sont rassemblés avec soin et méthode ; les manœuvres y sont représentées avec toute l'exactitude que le dessin et la gravure peuvent y mettre. Mais, messieurs, comme ces objets ne vous sont pas familiers, je suis obligé, pour mieux me faire entendre, d'expliquer en peu de mots en quoi consiste cette belle partie de la médecine.

Tous les traités d'accouchemens se composent essentiellement,

1° De la partie anatomique et physiologique nécessaire à connaître pour bien comprendre le développement de la grossesse et le mécanisme de l'accouchement ;

2° D'une partie en quelque sorte théorique, qui explique le mécanisme de l'accouchement naturel, marque les différens obstacles qui s'opposent à sa marche, le rendent plus ou moins difficile, et qui indique les moyens propres à y remédier ;

3° De ce qu'on peut appeler la description de la pratique des accouchemens.

La première partie est traitée dans cet ouvrage avec beaucoup de méthode, toutes les parties qui servent à la grossesse et à l'accouchement y sont décrites avec infiniment de clarté et de précision, ainsi que le développement de l'embryon et du fœtus : on y voit avec plaisir que madame Boivin possède parfaitement ces connaissances, en général si pénibles à acquérir, surtout pour les personnes de son sexe.

Le même soin, la même clarté règnent dans la seconde partie : le mécanisme de l'accouchement naturel, qui est la base et la clé de tout l'art, y est très bien décrit, tous les obstacles qui peuvent en déranger la marche, la retarder ou l'empêcher, soit qu'ils dépendent de la mère, soit qu'ils proviennent de l'enfant, y sont présentés dans

un ordre très-propre à les faire reconnaître et distinguer les uns des autres : il en est de même de l'exposition des moyens prescrits pour combattre ces obstacles. On peut encore dire ici que madame Boivin possède parfaitement son sujet.

La troisième partie est ce qu'on nomme la manœuvre des accouchemens. On l'enseigne dans les cours sur une machine ou espèce de mannequin qui figure la femme enceinte dans le travail de l'enfantement. On démontre aux élèves, avec cette machine, toutes les positions possibles dans lesquelles l'enfant peut être placé, relativement au canal qui doit lui livrer passage, et on les exerce en quelque sorte à la pratique par ce moyen, et ensuite les élèves de l'hospice de la Maternité pratiquent dans l'école les accouchemens contre nature sur le sujet vivant. Ce sont ces diverses positions et les manœuvres qu'elles exigent que madame Boivin a dessinées, qui forment la partie la plus importante de l'ouvrage, et qui le font distinguer des livres élémentaires de l'art des accouchemens. Elles forment cent trente-trois tableaux. Quoique ces tableaux, aussi bien faits qu'ils peuvent l'être, ne représentent pas exactement les objets (la gravure n'en étant pas susceptible), ils sont néanmoins très-utiles; et le but que s'est proposé madame Boivin me semble parfaitement rempli, ainsi que le titre et l'épigraphe l'annoncent, pour rappeler aux élèves toutes les positions et toutes les manœuvres. Mais, d'après ce que je viens de dire, il est facile de juger que cet ouvrage doit être plus utile à ceux qui ont déjà fait leurs cours qu'à ceux qui les commencent (1).

(1) La dernière remarque de M. le commissaire-rapporteur a déterminé madame *Boivin* à faire à son ouvrage toutes les additions qu'elle a cru convenables pour le rendre utile à ceux qui commencent comme à ceux qui ont terminé leurs cours.

LETTRE

de M. le Conseiller d'État, préfet de la Seine.

Du 12 septembre 1812,

A MADAME BOIVIN,

MAITRESSE SAGE-FEMME,

Surveillante en chef de l'hospice de la Maternité.

Le Ministre de l'intérieur, comte de Montalivet, vient, Madame, de décider sur ma proposition que le *Mémorial de l'art des accouchemens* serait désormais compris au nombre des ouvrages que reçoivent, suivant les règlemens, les élèves admises aux cours de la Maternité. Son Excellence, par la lettre qui contient sa décision, me charge de vous témoigner *sa satisfaction du zèle qui vous a fait entreprendre un travail dont les résultats ne pourront qu'être utiles à l'humanité*; et vous regarderez, j'en suis sûr, madame, les termes dans lesquels s'est exprimé le Ministre, comme une des plus flatteuses récompenses que vos travaux pouvaient avoir pour objet.

J'ai l'honneur, etc.

Le Conseiller d'État, préfet de la Seine,
FROCHOT.

INTRODUCTION.

—

Si l'on se borne à considérer la marche la plus ordinaire de la nature, l'accouchement est *l'émission, l'expulsion ou l'excrétion d'un fœtus à terme vivant, ainsi que de ses annexes, déterminées par les contractions de l'utérus et la disposition des parties génitales de la mère;* mais, pour s'accomplir convenablement, cette excrétion spontanée, cette opération de la nature exige le concours de neuf conditions, dont les unes sont relatives au fœtus, et les autres à la mère; ainsi :

1° Le fœtus doit être contenu dans l'utérus;

2° Il doit avoir une bonne conformation;

3° Son volume doit être proportionné aux parties qu'il doit traverser;

4° Il faut que le fœtus se présente dans une position convenable;

5° Relativement à la mère, le bassin doit avoir la conformation, les dimensions requises; trop de capacité, trop de resserrement, sont également défavorables;

6° L'utérus doit avoir des contractions assez grandes, assez rapprochées, pour déterminer la progression du fœtus;

7° L'utérus doit être dans une situation telle que son axe se trouve parallèle à celui de l'ouverture supérieure du bassin;

8° L'orifice de l'utérus, ainsi que les autres parties molles de la femme, doivent avoir assez de souplesse et de laxité pour se prêter à l'extension et à la dilatation graduée;

9° Enfin, la femme doit avoir assez de force et de cou-

rage pour soutenir et seconder par ses efforts les contractions de l'utérus.

Le défaut de l'une ou de plusieurs de ces conditions apporte dans l'accouchement un grand nombre de changemens et de modifications qui nécessitent, tantôt le déplacement de la partie du fœtus qui se présentait, tantôt la version complète, d'autres fois l'application de divers instrumens; ainsi, pour comprendre tous les cas qui se présentent dans la pratique, il faut définir l'accouchement : *l'expulsion spontanée* ou *l'extraction artificielle du fœtus et de ses annexes du sein de sa mère.*

C'est d'après cette considération que l'on a établi diverses espèces d'accouchemens, que l'on a cherché à les rapporter à des titres généraux.

Mauriceau, d'après *Hippocrate*, admet seulement deux espèces d'accouchemens : l'un *naturel*, celui qui se termine par *l'émission* du fœtus ; l'autre *contre nature*, celui qui exige l'extraction.

Peu les divise de même en *naturels et laborieux.*

Lamotte en distingue trois espèces qu'il désigne sous les noms de *naturel*, *non naturel* et *contre nature* ; il en ajoute une quatrième espèce qu'il appelle *accouchement fâcheux.*

Smellie et *Baudelocque* en admettent trois espèces ou genres principaux, savoir :

1° *L'accouchement naturel*, qui se fait par l'expulsion spontanée de l'enfant ;

2° *L'accouchement contre nature*, qui se fait au moyen de la main seulement ;

3° *L'accouchement laborieux*, qui se fait par extraction au moyen des instrumens.

Le professeur *Dubois* définit ainsi ces trois genres d'accouchemens :

1° *L'accouchement naturel.* Expulsion de l'enfant et de

ses annexes par l'action de l'utérus, *aidée* des muscles abdominaux et du diaphragme ;

2° *L'accouchement contre nature.* Expulsion de l'enfant *aidée* de son extraction au moyen de la main ;

3° *L'accouchement laborieux.* Expulsion de l'enfant *aidée* de son extraction au moyen des instrumens.

Gardien et *Capuron* ont adopté chacun une nouvelle classification des accouchemens ; les derniers écrivains anglais ont divisé les accouchemens en un grand nombre de classes, d'ordres, de genres et d'espèces ; nous-même nous avions proposé une nouvelle classification, dans la vue de faciliter l'étude de l'art ; mais, quelle que soit la méthode que l'on adopte, il faut d'abord considérer l'accouchement naturel, en bien saisir le caractère, les phénomènes, la marche, les progrès successifs, parce qu'il doit servir de base à tous les procédés de l'art, quelque dénomination qu'ils reçoivent ; mais pour y parvenir d'une manière assurée, il faut avant tout connaître :

Les parties de la femme qui ont rapport à l'accouchement ;

La conformation, la disposition du fœtus et de ses annexes, et ses rapports ou proportions avec les parties qu'il doit traverser.

MÉMORIAL

DE L'ART

DES ACCOUCHEMENS.

PREMIÈRE PARTIE.

—

Des parties de la femme qui servent essentiellement à la Génération et à l'Accouchement.

La femme diffère de l'homme par un grand nombre d'attributs; sa constitution générale, son caractère, la mollesse, la souplesse, la sensibilité de ses tissus, la conformation de ses organes, les fonctions qui sont propres à quelques-uns, tout annonce un but important, une destination particulière. Mais, quoique très-intéressantes, ces considérations générales seraient ici déplacées. Nous nous bornerons donc à indiquer seulement les parties de la femme qui ont un rapport direct à la génération, à l'accouchement, et dont la connaissance est absolument nécessaire pour l'étude et la pratique de l'art des accouchemens.

On les distingue généralement, d'après leur consistance, en dures ou osseuses, et en molles ou charnues.

Les parties dures forment le bassin; les molles sont disposées au pourtour du bassin ou placées dans sa cavité. Nous examinerons successivement les unes et les autres dans autant de chapitres particuliers.

CHAPITRE PREMIER.

DU BASSIN.

Le bassin, que les écrivains latins désignent sous le nom de *pelvis* (1), est la partie du tronc qui termine inférieurement l'abdomen, soutient ou renferme une partie des intestins, des organes urinaires et génitaux, et sert en même temps de point fixe pour l'articulation des cuisses, l'implantation de leurs muscles, l'exécution de leurs mouvemens. Ainsi, le bassin sert à plusieurs usages différens, et quoique, suivant l'expression généralement adoptée, il ne soit dans l'accouchement qu'une partie passive, il importe beaucoup pour la pratique d'en bien connaître tous les détails.

Pour parvenir à connaître d'une manière exacte le bassin, il faut le considérer, non-seulement sur le squelette, mais encore chez la femme vivante, dans ses rapports avec tous les organes qu'il renferme ou qui y sont annexés; il faut surtout examiner: 1° sa composition; 2° ses connexions; 3° sa forme; 4° ses ouvertures; 5° ses diamètres; 6° ses axes; 7° sa direction; 8° sa disposition dans les différentes attitudes; 9° ses différences suivant l'âge, le sexe; 10° enfin, les difformités dont il est susceptible.

---

(1) Quoique latin, ce mot *pelvis* mérite d'être rappelé, parce qu'il fournit plusieurs dénominations qui sont aujourd'hui généralement adoptées en anatomie et dans l'art des accouchemens; ainsi, d'après *Chaussier*, on nomme *cavité* ou *excavation pelvienne*, l'espace compris entre les deux détroits du bassin. On désigne sous le nom de *pelvienne*, l'artère qui fournit des branches aux organes contenus dans le bassin, etc. Enfin on appelle *pelvimètre*, l'instrument propre à mesurer les diamètres du détroit du bassin.

ARTICLE PREMIER.

Composition du Bassin.

Le bassin, dans l'adulte, est composé de quatre os distincts par leur forme, leur grandeur, leur situation, et spécialement réunis par divers faisceaux ligamenteux : de ces quatre os, deux sont désignés sous le nom d'*os coxaux*; le troisième est nommé *sacrum*, et le quatrième *coccix*.

SECTION PREMIÈRE.

Des Os coxaux.

Les *os coxaux* ou os des hanches, que l'on nomme encore *os innominés*, et quelquefois *os des îles, os iliaques*, sont au nombre de deux, placés l'un à droite, l'autre à gauche; ils sont larges, inégalement épais, courbés sur leur longueur, et forment par leur disposition les parties latérales et antérieures du bassin.

La forme de ces os est trop irrégulière pour pouvoir être rapportée à une figure géométrique; cependant, pour mieux en saisir toutes les particularités, on y considère deux faces, trois régions et cinq bords.

Des deux faces, l'*externe*, inégalement convexe, présente à peu près dans son milieu une cavité profonde, destinée pour l'articulation du fémur; on la nomme, d'après les Grecs, *cavité cotyloïde*, et dans l'étude elle sert à diviser toute l'étendue de cet os en trois portions ou régions différentes, par leur figure, leur situation, leur usage : de ces trois régions, la supérieure, qui forme spécialement le contour, la saillie de la hanche, est nommée *ilium* (mot dérivé du grec, qui signifie contourné); l'antérieure est désignée, d'après les Latins, sous le nom de *pu-*

bis, parce qu'elle soutient les organes qui se développent à la puberté ; et l'inférieure est nommée, d'après les Grecs, *iskium* ou *iskion*, parce que le corps est appuyé sur cette partie lorsqu'on est assis ; aussi les anciens Français désignaient cette partie sous le nom d'*os de l'assiette*.

Mais ce qu'il faut bien remarquer, ces trois portions ou régions de l'os coxal ne sont point des os séparés ; elles ne peuvent être désignées et considérées comme autant d'os particuliers ; enfin, on n'admet, on ne conserve cette division que pour indiquer d'une manière plus précise la position, le rapport des organes.

La face extérieure de l'os coxal présente peu d'objets importans relativement aux accouchemens. Outre la grande cavité cotyloïde dont il a déjà été parlé, on remarquera, 1° l'*étendue, la forme* de la face externe de l'ilium qui est convexe en avant, légèrement concave en arrière ; 2° sur cette face, deux lignes semi-circulaires, marquées par de légères aspérités, qui sont les vestiges de l'implantation de deux muscles qui d'autres parts s'attachent au trokanter ; 3° le bord épais, arrondi, légèrement contourné, qui termine supérieurement l'ilium. Ce bord, que l'on nomme *crête de l'ilium*, est âpre, inégal, et donne attache à une portion des trois muscles larges de l'abdomen ; il se termine en devant par un tubercule rugueux que l'on nomme l'*épine supérieure et antérieure de l'ilium*. Un peu au-dessous de ce tubercule, on en remarque un autre plus arrondi, moins saillant, que l'on nomme l'*épine inférieure et antérieure de l'ilium*. Ces tubercules sont séparés par une échancrure, et donnent attache à des muscles de la cuisse. Postérieurement, c'est-à-dire du côté du sacrum, la crête de l'ilium présente une grosse tubérosité, et se termine par deux petits tubercules que l'on nomme *les épines postérieures de l'ilium*, et qui servent à l'implantation de divers faisceaux ligamenteux.

A l'*iskium* ou région inférieure de l'os coxal, on remarquera spécialement: 1° une tubérosité oblongue, arrondie, qui présente à sa surface des aspérités qui donnent attache à des muscles de la jambe, de la cuisse, et à une lame ligamenteuse très-forte et très-importante pour les accouchemens; 2° un peu au-dessus et en arrière de cette grosse tubérosité, on remarque un prolongement anguleux et saillant, qui donne attache à un faisceau ligamenteux et que l'on nomme l'*épine de l'iskion;* 3° entre l'ilium et la tubérosité de l'iskion, une grande échancrure dont le bord est lisse, arrondi, et que l'on nomme *échancrure sciatique*; 4° en devant, la branche sous-pubienne de l'iskion qui s'élève de la grosse tubérosité se porte obliquement en haut, en devant, et concourt à former une grande ouverture irrégulièrement triangulaire, que l'on nomme *trou sous-pubien*, et communément *trou oval* ou *obturateur*, nom du muscle qui l'oblitère. Par cette échancrure sortent du bassin les nerfs volumineux du plexus-sciatique, lesquels sont souvent comprimés douloureusement pendant le travail de la parturition. Ce trou livre passage encore à un nerf qui se distribue à la cuisse, et qui, se trouvant comprimé par l'occiput lors de son mouvement de rotation vers les pubis, donne lieu à des crampes dans le membre du même côté.

Au *Pubis* ou région antérieure de l'os coxal, on remarquera spécialement: 1° le corps ou la partie la plus épaisse de cette portion qui, sur sa face antérieure, porte un tubercule saillant que l'on nomme l'*épine du pubis*, et qui donne attache à un muscle de la cuisse; 2° la branche sus-pubienne qui s'étend transversalement jusqu'à la cavité cotyloïde donne attache à des muscles de la cuisse, et concourt à former le trou sous-pubien; 3° la branche sous-pubienne qui se dirige obliquement de dedans en dehors s'unit avec celle de l'iskion, concourt à former le trou sous-pubien, et

présente à sa face externe des aspérités qui indiquent l'implantation de différens muscles qui se terminent à la cuisse.

La face interne ou abdominale de l'os coxal, plus lisse, moins inégale que l'externe, plus importante pour la pratique des accouchemens, est concave et partagée sur sa longueur par une ligne qui, du pubis, s'étend obliquement jusqu'à l'extrémité de l'ilium; cette ligne, plus saillante, anguleuse du côté du pubis, est arrondie, moins marquée sur l'ilium. Elle partage, par sa disposition, la face interne de l'os coxal en deux portions distinctes : l'une, supérieure, forme une excavation lisse, large et peu profonde, que l'on nomme *fosse iliaque;* l'autre, plus étendue, d'une figure plus irrégulière, concourt à former la cavité pelvienne; sa surface est unie, et on y trouve, 1° le trou sous-pubien qui, dans l'état d'intégrité, est fermé par une lame membraneuse et par la disposition des muscles; on remarque cependant à la partie supérieure de ce grand trou une gouttière oblique, par laquelle passent les vaisseaux et un nerf qui se portent à la partie interne de la cuisse; 2° l'*épine* et l'échancrure iskiatique, dont il a déjà été fait mention.

Quoique la figure de l'os coxal soit très-complexe, on y distingue pour l'étude cinq bords qu'il faut examiner successivement, savoir :

1° L'antérieur ou pubien; 2° le supérieur ou abdominal; 3° l'inférieur et antérieur ou sous-pubien; 4° l'inférieur et postérieur ou iskiatique; 5° le postérieur ou sacré.

Le bord antérieur ou *pubien* est droit, court, étroit, disposé sur le plan de l'épaisseur de l'os. Sa surface est encroûtée d'une lame fibro-cartilagineuse qui, en s'unissant à la partie correspondante de l'os coxal, de l'autre côté, concourt à former la *commissure médiane du bassin* ou symphyse des pubis.

Le bord supérieur ou *abdominal* est long, inégal, très-irrégulier; il est, d'après sa disposition, divisé en deux parties distinctes par leur forme; leur direction; l'une antérieure, sus-pubienne, est formée par la branche supérieure du pubis; l'autre postérieure, plus relevée, est formée par la crête de l'ilium.

Les deux bords inférieurs méritent une attention particulière, parce qu'ils forment une grande partie de l'ouverture inférieure ou détroit périnéal du bassin; ils sont disposés sur deux plans opposés, et forment, par leur rencontre sur la tubérosité de l'iskion, un angle obtus qui partage l'étendue du détroit périnéal en deux portions distinctes par leur direction; l'une antérieure, sous-pubienne; l'autre postérieure ou iskiatique.

Le bord sous-pubien s'étend obliquement du pubis à la tubérosité de l'iskion; il est égal, lisse, un peu déjeté en dehors, et concourt à former, par sa disposition, la partie antérieure du détroit périnéal, l'arcade des pubis.

Le bord iskiatique s'élève obliquement de la tubérosité de l'iskion à l'épine inférieure et postérieure de l'ilium, et concourt, par sa disposition, à former la partie postérieure du détroit périnéal : il paraît dans le squelette fort irrégulier, à cause de l'échancrure et du prolongement angulaire que l'on y remarque; mais dans l'état frais, la forme du détroit périnéal est dans cet endroit déterminée d'une manière plus précise par deux longs et forts ligamens qui, du sacrum, se portent à l'épine et à la tubérosité de l'iskion.

Le bord postérieur ou *sacré,* directement opposé au pubis, est large, court, taillé fort obliquement sur l'épaisseur de l'ilium : on y remarque principalement une tubérosité, diverses aspérités et une face oblongue, inégale, encroûtée d'un cartilage qui concourt à former la jonction ou articulation de l'os coxal avec le sacrum.

Le sacrum, l'os sacré, que l'on a encore appelé la *grande*

vertèbre, *les fausses vertèbres*, os impair, large, épais, triangulaire, bifacé, qui par ses articulations avec l'extrémité iliaque des deux os coxaux, forme la partie postérieure du bassin, et qui, par sa jonction avec la dernière vertèbre lombaire, est la base du rachis ou colonne vertébrale.

D'après la forme de cet os on y remarque : 1° DEUX FACES ; l'une antérieure ou interne, que l'on nomme *abdominale;* l'autre postérieure ou externe, que l'on appelle encore *spinale*; 2° TROIS BORDS ; un supérieur ou lombaire, que l'on nomme encore la base du sacrum, s'articule avec la dernière vertèbre des lombes; deux latéraux ou *iliaques*, qui forment son articulation avec les ilium; 3° TROIS ANGLES ; deux supérieurs ou *iliolombaires* ; un inférieur nommé *coccygien*, qui s'articule avec le coccix.

La face abdominale du sacrum concourt à former l'excavation pelvienne; elle est unie, concave, et présente une courbure dont la profondeur est le plus ordinairement de dix à treize millimètres (cinq à six lignes). Outre cette courbure si importante à observer, on y remarque : 1° quatre lignes transversales qui s'étendent d'un côté à l'autre et sont les vestiges de la soudure des cinq pièces principales dont cet os était formé dans l'enfance ; 2° *deux rangées de trous* disposés symétriquement, les uns à droite, les autres à gauche. Ces trous, que l'on distingue sous le nom de *trous antérieurs du sacrum*, sont au nombre de quatre de chaque côté, et diminuent successivement de grandeur en se rapprochant de l'angle coccygien : creusés fort obliquement dans l'épaisseur de l'os, tous se prolongent en formant une espèce de gouttière, et donnent passage à des nerfs qui, par leur réunion, forment un gros cordon qui se porte à la partie postérieure de la cuisse. Ce sont ces nerfs qui, comprimés pendant l'éduction de la tête du fœtus, occasionnent des crampes si violentes que les contractions utérines s'en trouvent quelquefois suspendues.

La face spinale du sacrum est convexe et très-inégale; on y remarque : 1° trois rangées de petites apophyses saillantes, tuberculeuses; une *médiane* qui répond aux apophyses épineuses des vertèbres; deux *latérales* qui, par leur situation, correspondent aux apophyses articulaires des vertèbres; 2° deux rangées de trous, quatre de chaque côté, dont chacun donne passage à un petit cordon nerveux dont les ramifications se portent aux parties circonvoisines; 3° supérieurement, une grande échancrure triangulaire qui est l'entrée d'un canal creusé dans l'épaisseur de l'os, et forme la continuation du canal rachidien ou vertébral; 4° en bas, une *échancrure* oblongue qui est la sortie, la terminaison du canal rachidien; 5° sur les bords de cette échancrure, deux apophyses oblongues terminées par un tubercule arrondi qui donne attache à quelques ligamens du coccix.

Destiné à servir de base au rachis ou colonne vertébrale, *le bord lombaire* du sacrum est fort épais, et on y remarque : 1° trois faces articulaires qui servent à sa connexion avec la dernière vertèbre des lombes; *l'une antérieure* médiane, plane, oblongue, correspond au corps de la vertèbre et en a la forme; elle est taillée fort obliquement de devant en arrière sur l'épaisseur de l'os : aussi l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes forme un angle obtus, saillant en avant, très-important à bien connaître, et que l'on distingue sous le nom d'*angle sacro-vertébral.* Les deux autres faces articulaires, beaucoup plus petites, sont postérieures, l'une à droite, l'autre à gauche, légèrement excavées et taillées obliquement sur deux proéminences qui correspondent aux apophyses obliques de la vertèbre; 2° deux petites échancrures; l'une à droite, l'autre à gauche, qui jointes à celles de la dernière vertèbre des lombes, forment un trou par lequel passe la cinquième paire des nerfs lombaires; 3° enfin, une grande ouverture

triangulaire qui est l'orifice du canal creusé dans l'épaisseur du sacrum.

Les bords iliaques ou latéraux du sacrum sont dirigés obliquement de la base à la pointe ou sommet du sacrum : ils sont inégalement épais ; car l'épaisseur de cet os diminue progressivement de sa base à sa pointe. Outre beaucoup d'aspérités et d'ouvertures irrégulières qui servent, soit à l'implantation des ligamens, soit au trajet de quelques vaisseaux sanguins qui pénètrent dans le tissu de l'os, on remarque spécia'ement sur chacun de ses bords 1° une face articulaire, oblongue, inégale, irrégulière, taillée fort obliquement de haut en bas, qui correspond à celle que l'on a déjà remarquée sur l'ilium, et forme l'articulation ou symphyse sacro-iliaque ; 2° au-dessous de cette face articulaire, le bord du sacrum diminue progressivement d'épaisseur, devient moins tranchant ; et, en approchant de l'angle coccygien, il forme un petit tubercule arrondi qu'il faut remarquer, parce qu'il donne attache à un ligament qui du sacrum se porte à l'iskion, et que, par cette raison, l'on nomme *ligament sacro-iskiatique.*

Des trois angles de cet os les *deux supérieurs* ou *ilio-lombaires* sont aigus, et présentent seulement quelques aspérités qui indiquent l'attache de divers faisceaux ligamenteux ; l'*inférieur coccygien*, plus mince, obliquement tronqué sur le plan de son épaisseur, présente une face articulaire, convexe, oblongue, qui sert à son articulation avec le coccix.

Le *coccix*, que l'on appelle vulgairement l'*os du croupion*, a été considéré par plusieurs écrivains comme un appendice ou prolongement mobile du sacrum ; il y est effectivement uni par une sorte d'articulation ou de symphyse, et approche beaucoup de sa forme et de ses dispositions. Il est aplati, triangulaire, et on y considère, comme au sacrum, deux faces : l'une interne ou abdomi-

nale, l'autre externe ou postérieure : de ses bords, le plus remarquable est celui qui s'unit au sacrum; il présente sur le plan de son épaisseur une fossette articulaire, oblongue, qui correspond à l'angle inférieur du sacrum. Le plus ordinairement, dans l'adulte, ce petit os est composé de trois pièces distinctes qui ont entre elles une certaine flexibilité; il se termine par un petit tubercule arrondi qui donne attache à quelques fibres aponévrotiques et musculaires.

ARTICLE II.

Connexion.

Les os du bassin se touchent en quelques points, sont soutenus dans leur contact par divers ligamens, et forment ainsi des articulations. Les anatomistes comprennent les articulations du bassin, sous le titre générique de *synarthrose* : ils les regardent comme entièrement immobiles et les distinguent sous le nom particulier de *symphyse* : ainsi on reconnaît au bassin trois symphyses principales; l'une antérieure, médiane, formée par la rencontre des deux pubis, est nommée *symphyse des pubis*; les deux autres, postérieures, formées par l'union du sacrum avec les ilium, sont nommées *symphyses sacro-iliaques.*

Des Symphyses.

Pour bien saisir la nature, la disposition des symphyses, il faut les considérer dans l'état frais; alors on voit entre le bord perpendiculaire de chacun des pubis une lame fibro-cartilagineuse, épaisse en devant et en bas, plus mince en haut et en arrière, d'une couleur blanche, d'un tissu dense, élastique, qui est intimement adhérente au bord de chacun des pubis. Au premier coup d'œil, cette

lame paraît présenter dans toute son étendue la même tissure, la même densité, n'être enfin qu'une substance intermédiaire, un moyen d'union placé entre les deux pubis; mais en examinant les choses de plus près, on reconnaît deux lames très distinctes et d'une texture différente dans toute leur étendue : l'une appartient au pubis droit, l'autre au pubis gauche : mais il se détache de chacune de ces lames des fibres blanches, courtes, qui, d'un côté se portent à l'autre, s'entrecroisent et forment ainsi des aréoles remplies d'un fluide visqueux et tenace; enfin, on observe entre ces deux lames, et à peu près au milieu de leur longueur, deux facettes oblongues, lisses, polies, dont la surface, toujours humectée par un fluide visqueux, paraît recouverte d'une membrane synoviale très-fine.

Cette disposition des symphyses est plus remarquable encore lorsqu'on examine le bassin d'une femme morte dans les derniers mois de sa grossesse ou quelque temps après l'accouchement; toujours alors, le tissu de cette substance fibro-cartilagineuse est amolli, gonflé; ses aréoles sont plus grandes, et l'on trouve entre ces deux facettes une quantité plus ou moins grande d'un fluide visqueux et synovial; toujours aussi, à ces époques, il y a mobilité très-sensible entre les deux pubis; elle est même quelquefois si grande, que les femmes y conservent un sentiment de gêne ou de fatigue plus ou moins durable. Ainsi, par sa disposition, cette symphyse se rapproche beaucoup du mode d'articulation qui se remarque entre les corps des vertèbres, et ne doit point être considérée comme une articulation entièrement immobile. *Chaussier*, qui souvent nous a fait ces observations à l'hospice de la Maternité, pensait même que, dans tous les temps il y a dans cette articulation une sorte de mobilité peu perceptible dans l'état le plus ordinaire, et cependant bien dé-

montrée, puisque, dans l'âge le plus avancé, ces symphyses ne sont jamais soudées.

Outre ce moyen d'union, les pubis sont affermis dans leur contact, 1° par l'implantation des fibres aponévrotiques des muscles larges de l'abdomen qui s'entrecroisent à sa face antérieure; 2° par des faisceaux ligamenteux qui, d'un côté se portent à l'autre, et sont moins sensibles à la face interne ou abdominale des pubis; 3° par un ligament triangulaire, court, fort épais, qui, de la branche sous-pubienne d'un côté, se porte à l'autre et concourt à former le cintre ou l'arcade des pubis.

Les symphyses sacro-iliaques présentent une disposition bien différente. Pour bien saisir cette différence, il faut se rappeler ce que l'on a déjà indiqué plus haut; qu'à son extrémité postérieure, l'ilium présente une face articulaire, oblongue, inégale, taillée fort obliquement sur le plan de son épaisseur qui correspond à une pareille face articulaire, taillée sur les bords latéraux du sacrum. La face articulaire de l'ilium est incrustée d'une lame cartilagineuse, mince, lisse, toujours humectée par une sérosité synoviale; la face articulaire du sacrum est également incrustée d'une lame cartilagineuse, lisse, polie ,mais plus épaisse que celle que l'on remarque à l'ilium. Les inégalités ou petites éminences et cavités que l'on remarque à ces surfaces articulaires, forment une sorte d'engrenure réciproque et superficielle qui multiplie les points de contact entre ces deux os, mais n'en fait point la connexion. La résistance, la fermeté de cette symphyse est entièrement due à des ligamens forts et serrés qui, de la dernière vertèbre lombaire et des deux faces du sacrum, se répandent sur l'ilium et se les attachent. Ces ligamens sont en grand nombre et sont distingués d'après leur situation, en supérieurs ou *lombo-iliaques*; en postérieurs et antérieurs, que l'on nomme aussi *sacro-iliaques*.

Des ligamens du bassin.

Au détroit supérieur, les ligamens *lombo-iliaques* (*voy.* pl. 1), que l'on appelle plus communément *ilio-lombaires*, s'étendent de l'apophyse transverse de la dernière vertèbre des lombes à la partie supérieure de l'ilium; il y en a deux très-distincts de chaque côté : l'un vient du bord de l'apophyse transverse, se porte obliquement et en s'épanouissant à la partie supérieure de la symphyse; l'autre part de la pointe ou extrémité de cette apophyse, et se porte transversalement au bord, à la crête de l'ilium, à laquelle il se fixe d'une manière intime, et se prolonge même un peu en avant.

Les ligamens situés à la face spinale du sacrum, et que l'on distingue sous le nom de *sacro-iliaques postérieurs*, sont en grand nombre, très-forts, très-serrés et d'une texture très-complexe : les uns, courts et profonds, se portent transversalement, et forment, par leur rapprochement, un tissu fibreux, dense et très-tenace; les autres, plus superficiels, partent des tubercules supérieurs et latéraux que l'on remarque à la face spinale du sacrum, et forment trois faisceaux qui s'épanouissent, s'implantent à la partie postérieure de l'ilium et aux petites épines ou tubercules postérieurs de cette portion de l'os coxal.

Les ligamens situés à la face abdominale du sacrum, que l'on nomme *sacro-iliaques antérieurs*, sont composés de bandelettes minces qui se portent transversalement du sacrum à l'ilium, recouvrent toute la face antérieure de cette symphyse, s'unissent et semblent se confondre avec le périoste; on remarque cependant que quelques-unes de ces bandelettes ligamenteuses sont plus épaisses et plus fortes au sommet de l'échancrure sacro-iskiatique.

Ainsi, quoique le sacrum ait une figure triangulaire dont la base soit en haut, comme un coin, entre les os

coxaux, et qu'il semble devoir tendre à s'échapper par le poids de la partie supérieure du corps, cet effet se trouve prévenu, 1° par la disposition oblique des surfaces articulaires de cette symphyse; 2° par les éminences et cavités qui se reçoivent mutuellement; 3° par le grand nombre de ligamens forts et serrés qui se remarquent spécialement à la face postérieure et supérieure du bassin.

Le coccix, que l'on regarde avec raison comme une appendice mobile du sacrum, offre un mode particulier de connexion : nous nous bornerons à faire remarquer que cette connexion est faite, 1° par une lame fibro-cartilagineuse d'une texture molle, spongieuse, qui, par une des faces, est extrêmement adhérente à l'angle tronqué du sacrum, et, par l'autre, à l'excavation du coccix ; 2° par divers faisceaux ligamenteux disposés principalement sur sa face externe et sur ses côtés.

Des ligamens du détroit inférieur.

Outre ces divers ligamens dont nous venons de parler, qui soutiennent et affermissent les os du bassin dans un contact mutuel, il en est encore d'autres qui méritent une attention particulière, parce qu'ils servent essentiellement à circonscrire l'étendue du détroit inférieur ou périnéal, à en déterminer la forme; ces ligamens sont au nombre de quatre, deux de chaque côté : on les désigne, d'après leur attache, sous le nom de *sacro-iskiatiques*, et communément *sacro-sciatiques*, et d'après leur étendue, l'un est appelé *grand* et l'autre *petit* (*voy.* pl. 2).

Attachés l'un et l'autre à la face spinale et à la partie inférieure du bord du sacrum, ces ligamens sont, en cet endroit, superposés et si intimement unis, qu'ils paraissent confondus et ne former qu'une large lame aponévrotique; ils sont cependant très-distincts par la direction de leurs fibres, ainsi que par leur terminaison à l'iskium.

Le grand ligament sacro-iskiatique, large, mince, aplati du côté du sacrum, est composé d'un grand nombre de faisceaux qui ont leurs attaches aux épines postérieures de l'ilium et aux parties latérales du sacrum ; mais peu à peu ces fibres se rapprochent, ce ligament devient plus étroit, plus épais, et s'implante à la tubérosité de l'iskium, et de là fournit un petit prolongement qui s'étend à la branche sous-pubienne.

Le petit ligament sacro-iskiatique, que l'on nomme encore *antérieur*, a ses attaches à la partie inférieure du sacrum et au coccix. Recouvert en cet endroit par le grand ligament sacro-iskiatique, il y est intimement uni; mais dans son trajet, il s'en sépare et se dirige obliquement à l'épine de l'iskium et s'y termine.

Par la disposition de ces ligamens, l'échancrure iskiatique forme deux ouvertures distinctes : l'une supérieure, grande, ovalaire, par laquelle passent, 1° deux artères qui se distribuent aux muscles de la fesse, de la cuisse ; 2° un très-gros et long nerf que l'on nomme, à cause de sa situation, *femoro-poplité*, et communément *sciatique ;* 3° un muscle qui, du sacrum, se porte au trokanter; l'autre ouverture, située entre l'épine et la tubérosité de l'iskium, triangulaire, plus petite, donne passage à la portion d'un muscle qui s'implante à la fossette du trokanter.

La connexion du bassin avec les cuisses ne présente aucune considération importante pour la pratique des accouchemens, lorsque le bassin est bien conformé ; il est inutile de s'y arrêter : mais il est nécessaire d'examiner plus particulièrement l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes.

ARTICLE III.

Du Rachis.

Le *rachis* (1), que l'on appelle communément l'*épine*, la *colonne épinière* ou *vertébrale*, est la partie du torse qui, de la tête, s'étend au sacrum, unit ainsi les deux extrémités du tronc, sert de base à l'articulation des côtes, de soutien aux membres supérieurs; elle est composée de vingt-quatre os courts, épais, celluleux, d'une figure complexe, que l'on nomme *vertèbres*. Chacune de ces vertèbres, à l'exception de la première, présente en devant une portion épaisse qui a la forme d'une tranche ou segment transversal de cylindre, et que l'on nomme *le corps de la vertèbre*. On y remarque en arrière une portion annulaire garnie de sept apophyses que l'on distingue sous les noms d'*épineuses*, *transverses*, et *obliques* ou *articulaires*.

Région du rachis.

Par rapport à son étendue et à sa disposition, on divise le rachis en trois portions ou régions : la supérieure, composée de sept vertèbres, forme le *col;* la moyenne soutient les côtes et forme le *dos;* l'inférieure est distinguée sous le nom de *lombes;* elle est composée de cinq vertèbres placées les unes sur les autres, articulées entre elles et avec le bord supérieur du sacrum. Toutes ces articulations sont faites en devant par l'interposition d'une lame fibro-cartilagineuse, épaisse, spongieuse, qui se trouve entre le corps de chaque vertèbre, et y est intimement adhérente, et en arrière par des facettes cartilagineuses,

---

(1) *Rachis :* ce mot, ainsi que ses dérivés, doit, suivant l'observation de *Chaussier*, se prononcer tel qu'on l'écrit, et non pas *rakis* ou *raquis*, comme on le fait quelquefois.

lisses, polies, taillées sur les apophyses obliques, qui se reçoivent réciproquement. Un grand nombre de ligamens, disposés à leur pourtour, affermissent et fortifient ces articulations, qui toutes sont susceptibles d'un degré de mouvement.

Les vertèbres des lombes forment, par leur disposition, une courbure dont la convexité est en devant et la concavité en arrière; les lames fibro-cartilagineuses, qui sont placées entre leurs corps, sont plus épaisses et plus molles que celles des deux autres régions du rachis; mais il faut spécialement considérer le mode d'articulation de la cinquième vertèbre des lombes avec le sacrum.

Cette vertèbre, qui est la plus grosse, diffère des autres par quelques particularités qu'il faut remarquer: 1° les apophyses transverses sont courtes et dirigées obliquement en haut; 2° les apophyses articulaires inférieures sont un peu aplaties et dirigées en devant; 3° son corps a plus d'épaisseur en devant qu'en arrière, et la face articulaire de cette vertèbre, qui correspond au sacrum, est sur un plan très-oblique. Par cette disposition, l'articulation de cette vertèbre avec le sacrum forme en devant un angle saillant que l'on distingue sous le nom d'*angle sacro-vertébral*, dont la connaissance est fort importante pour la pratique des accouchemens.

Les moyens de connexion de cette vertèbre avec le sacrum consistent: 1° dans une lame fibro-cartilagineuse fort épaisse, d'un tissu dense, spongieux, et très-élastique; 2° dans un grand nombre de ligamens disposés à son pourtour, dont quelques-uns ont déjà été indiqués, en parlant des symphyses sacro-iliaques.

ARTICLE IV.

Forme et détroit du bassin.

La réunion des os du bassin, par les ligamens qui leur sont propres, forme une sorte de canal osseux qui, supérieurement ou du côté de l'abdomen, présente une grande ouverture, porte deux grandes et larges appendices, concaves, déjetées sur les côtés, séparées en devant par un grand intervalle, plus rapprochées en arrière, et qui, inférieurement ou du côté du périnée, présente une autre ouverture très remarquable par sa forme et sa disposition sur deux plans opposés.

On divise ordinairement le bassin en *grand* et en *petit*. On nomme *grand bassin* les ailerons, les larges appendices évasées qui forment les hanches, la partie supérieure du bassin; et on appelle *petit bassin* la portion qui forme le canal osseux que le fœtus doit traverser dans l'accouchement. Cette division est spécialement établie par la disposition d'une ligne qui, du pubis, se prolonge sur la face interne de l'ilium, et se continue sur le bord supérieur du sacrum. Souvent on donne à cette ligne le nom de *marge du bassin*, parce qu'elle forme le bord supérieur ou l'entrée du canal osseux, et, d'après Levret, *ligne périsphérique*. Pour mieux saisir la forme, la disposition de ce canal osseux, dont la connaissance est si importante dans l'art des accouchemens, il faut, comme le pratiquait *Chaussier*, séparer d'un trait de scie les ailerons ou appendices du bassin: cette préparation simple nous a paru rendre l'étude plus facile (*voy.* pl. 7, fig. 1).

Quoi qu'il en soit, on doit considérer au bassin proprement dit, ses ouvertures et sa cavité ou excavation pelvienne.

Les ouvertures du bassin sont généralement désignées

sous le nom de *détroits*, parce que, comparées à l'espace qui est au-dessus ou au-dessous, elles forment une sorte de rétrécissement; ainsi, l'on distingue au bassin deux détroits, l'un supérieur ou *abdominal*, l'autre inférieur ou *périnéal*.

Le détroit *abdominal* qui, relativement au trajet que doit parcourir le fœtus, en fait l'entrée, est circonscrit par cette ligne saillante et arrondie qui, des pubis, se prolonge au sacrum, et dont il a été déjà parlé plus haut; sa forme est à peu près elliptique, c'est-à-dire qu'elle ressemble à un cercle allongé, déprimé de devant en arrière, sur deux points opposés. Souvent aussi elle ressemble à un trigone curviligne, dont les angles seraient arrondis, et la base où la partie la plus large répondrait au sacrum.

Le détroit inférieur ou *périnéal*, que l'on peut considérer comme la partie inférieure du bassin, est circonscrit en devant par la jonction des pubis; sur les côtés, par les branches qui se prolongent jusqu'à la tubérosité de l'iskium; en arrière, par l'extrémité du sacrum, ainsi que par le bord de ces larges et forts ligamens qui, du sacrum, s'implantent à la tubérosité de l'iskium.

La forme de ce détroit paraît d'abord irrégulière et difficile à déterminer, parce que ses bords sont échancrés et disposés sur deux plans inclinés dans deux directions opposées; mais si l'on considère ce détroit dans son intégrité, c'est-à-dire avec ses ligamens, et si, après y avoir appliqué une feuille de papier ou de carton mince, on en suit le contour avec un crayon, alors on reconnaît évidemment que la forme de ce détroit approche d'un ovale dont la petite extrémité répond au pubis, et dont la grosse extrémité, qui répond au sacrum, est interrompue par la saillie du coccix (*voy.* pl. 7, fig. 2).

La cavité, ou excavation pelvienne, est l'espace compris entre les deux détroits : elle est remarquable, 1° par sa ca-

pacité qui est un peu plus grande que celle des détroits, à cause de la concavité du sacrum ; 2° par la disposition de l'épine iskiatique, qui, saillante en dedans, forme une espèce d'éperon, et sépare l'un de l'autre deux plans inclinés, lisses, qui dirigent au détroit périnéal, et sous l'arcade que forme la jonction des pubis.

ARTICLE V.

Diamètre des détroits du Bassin.

On appelle *diamètre* la ligne droite qui, tirée d'un point à un autre point de la circonférence d'une figure, passe par son centre, et sert à en déterminer l'étendue, les rapports ; et comme dans les accouchemens il importe beaucoup de connaître la forme, les proportions des détroits que le fœtus doit traverser, on en a considéré les diamètres.

Ainsi, au détroit abdominal on distingue deux diamètres : l'un que l'on appelle *petit* ou *antéro-postérieur*, et que, d'après *Chaussier*, on nomme plus exactement *sacro-pubien*, se mesure du bord supérieur du sacrum à la face interne des pubis ; son étendue est le plus ordinairement de *quatre pouces ;* l'autre, que l'on appelle *grand transversal*, ou mieux *iliaque*, se mesure de la marge du bassin, d'un ilium à l'autre ; son étendue est d'à peu près *cinq pouces*; enfin, d'après *Levret*, et dans l'intention d'exprimer d'une manière plus précise les positions du fœtus, le trajet qu'il doit parcourir, on admet deux diamètres obliques ou moyens qui coupent obliquement les deux premiers ; ils se mesurent de la paroi cotyloïdienne d'un côté, à la symphyse sacro-iliaque de l'autre côté : leur étendue est estimée de *quatre pouces et demi.*

Au détroit *périnéal*, on distingue de même deux diamètres principaux ; l'un *grand* ou *antéro-postérieur*, que l'on nomme mieux encore *cocci-pubien*, se mesure de la pointe

du coccix à l'arcade des pubis ; son étendue est à peu près de *quatre pouces* ; mais ici il faut observer que, par la mobilité du coccix, la rétrocession dont il est susceptible, l'étendue de ce diamètre peut, par le passage de la tête, augmenter d'environ *six lignes*; l'autre diamètre, que l'on nomme *petit transversal* ou *iskiatique*, se mesure d'une tubérosité de l'ischium à l'autre : son étendue est aussi d'à peu près *quatre pouces*.

On a aussi admis pour ce détroit deux diamètres *obliques* : on les mesure de la branche sous-pubienne d'un côté, au bord du ligament sacro-iskiatique de l'autre côté; on les estime d'environ *quatre pouces* (*voy* pl. 3).

ARTICLE VI.

Mesures des diverses parties du Bassin.

On considère encore les rapports des diverses parties du bassin : ce qui est nécessaire dans quelques cas pour en reconnaître la conformation; ainsi, dans le bassin d'une femme adulte bien conformée, les hanches sont évasées, arrondies, saillantes en dehors ; l'une et l'autre sont également disposées à la même hauteur, et l'on y trouve généralement les proportions suivantes :

1° De l'épine supérieure de l'ilium, d'un côté à l'autre, la distance est de *neuf pouces six lignes ;*

2° Du milieu de la crête de l'ilium, d'un côté à l'autre, *dix pouces six lignes ;* et cette ligne transversale touche dans sa direction la substance intervertébrale de la quatrième à la cinquième vertèbre lombaire;

3° Du milieu de la crête de l'ilium à la marge du détroit abdominal, du même côté, *trois pouces quatre lignes ;*

4° Du milieu de la crête de l'ilium à la tubérosité iskiatique du même côté, ce qui donne la plus grande hauteur des parois du bassin, la distance est de *sept pouces trois*

lignes : la moitié de cette hauteur, dans la même direction, donne la profondeur de la cavité pelvienne;

5° De l'épine supérieure et antérieure de l'ilium à la tubérosité iskiatique, *six pouces trois lignes;*

6° De la face antérieure de la symphyse des pubis à la face interne du sacrum, au-dessous de l'épine de la dernière vertèbre des lombes, *sept pouces;*

Outre ces mesures que l'on prend facilement sur le squelette avec le compas d'épaisseur de *Baudelocque*, avec celui qui entre dans la composition de notre pelvimètre (1), ou mieux encore, avec le *mécomètre* (2), on considère encore la forme particulière, les proportions respectives de la cavité ou excavation pelvienne, et l'on y remarquera spécialement :

1° La paroi sacrée ou postérieure, qui est formée par le sacrum, et qui a de hauteur *quatre pouces sept lignes;*

2° La paroi pubienne ou antérieure, qui est formée par la symphyse des pubis, et n'a de hauteur que *dix-huit lignes;*

---

(1) Voyez notre Mémoire sur cet instrument de notre invention à la suite de celui qui a pour titre : *Mémoire sur la cause de l'avortement*, *etc.*

(2) *Mécomètre* : ce mot, dérivé du grec, signifie littéralement *mesure de longueur*, et l'on s'en sert pour désigner l'instrument que l'on emploie particulièrement à l'hospice de la Maternité pour déterminer les longueurs des fœtus, etc. Cet instrument, qu'il suffit de voir pour en comprendre l'usage, est composé d'une règle en bois ou tige carrée ou cylindrique longue d'un mètre, et divisée, sur deux côtés opposés, en centimètres et millimètres; une lame de cuivre qui est arrêtée à angle droit, à une extrémité de cette tige, forme un point fixe; et un curseur de même forme, de même métal, que l'on peut à volonté écarter ou rapprocher du point fixe, donne la longueur du corps que l'on mesure, et la division exacte en millimètres ou centimètres, en pouces ou lignes suivant le mode d'expression que l'on voudra adopter.

3° Les parois cotyloïdiennes, latérales ou iskiatiques, qui chacune ont *trois pouces six lignes* de hauteur;

4° L'épaisseur du sacrum, à sa base, *un pouce six lignes;*

5° La largeur de cet os, à sa base, qui est de *quatre pouces*;

6° La concavité du sacrum dont la profondeur est à peu près de *huit lignes*;

7° La longueur du coccix, que l'on estime généralement de *onze lignes;*

8° Enfin, en mesurant le bassin de l'angle sacro-vertébral, sous l'arcade et en devant des pubis, on trouve une distance de *quatre pouces six lignes*.

En rapprochant ici ces mesures qui ont été indiquées dans les divers traités des accouchemens, et que nous avons souvent vérifiées, nous devons ajouter qu'elles doivent être considérées seulement comme un terme moyen, approximatif et le plus ordinaire; souvent l'on y trouvera quelque différence en plus ou en moins, et spécialement suivant la stature du sujet; ainsi dans les femmes d'une petite stature, mais bien conformées, le sacrum a moins de hauteur, moins de courbure, et l'accouchement est généralement plus prompt que dans les femmes d'une grande taille; la disposition des parties molles qui environnent le bassin, ou qui sont contenues dans ses cavités, apporte aussi dans ces mesures quelques différences que nous indiquerons dans un autre article (*voy.* pl. 1, 2, 3 et 4).

ARTICLE VII.

Direction du Bassin.

Lorsque l'on considère le bassin sur un squelette frais, bien préparé et que l'on tient debout, on voit que les vertèbres des lombes forment une courbure dont la convexité est en devant, et que, par cette disposition, le bassin est dans une direction fort oblique; le sacrum est en haut et

en arrière (*voy.* pl. 1), le pubis en devant et en bas; une ligne qui, du bord des pubis, est tirée horizontalement en arrière, parvient à peu près au milieu du sacrum; une ligne tirée de la troisième vertèbre lombaire au bord de la symphyse des pubis est exactement perpendiculaire. Ainsi, le détroit abdominal ou supérieur est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, inclinaison que l'on estime généralement de quarante degrés; mais cette inclinaison, si importante pour soutenir les viscères de l'abdomen, pour prévenir la compression des organes contenus dans la cavité du bassin, n'est pas la même dans tous les individus et à tous les âges. Elle diffère aussi beaucoup suivant les attitudes; ainsi, après avoir placé le squelette sur le dos, sur un plan horizontal (*voy.* pl. 3), si l'on fléchit, si l'on relève les membres inférieurs, la connexité des lombes diminue ainsi que l'obliquité du bassin; enfin, le détroit périnéal se présente directement et dans presque toute son étendue (*voy.* pl. 3 et 6), surtout si l'on a eu soin de placer un coussin sous le sacrum, observation que l'on ne doit point perdre de vue, surtout lorsqu'il faut porter la main ou le forceps dans l'utérus, pour terminer un accouchement.

ARTICLE VIII.

Axes du Bassin.

On appelle *axe*, une ligne droite que l'on suppose traverser un corps par son centre ou milieu. Ainsi, l'axe du corps, considéré dans son intégrité, est une ligne droite qui, du sommet de la tête, traverse la hauteur du tronc, et se prolonge perpendiculairement entre les deux pieds; mais, comme on l'a déjà fait observer, le bassin est dans une direction oblique, et la ligne perpendiculaire qui fait l'axe du corps ne traverse point le centre du bassin; en-

fin, comme le détroit périnéal est sur un plan dans une direction différente de celle du détroit abdominal, on a distingué un axe particulier à chacun de ces détroits.

Ainsi, l'axe du détroit abdominal ou supérieur est une ligne droite, qui, de l'ombilic de la femme, passe par le centre de ce détroit et se termine au tiers inférieur de la concavité du sacrum; l'axe du détroit périnéal ou inférieur est exprimé par une autre ligne droite, qui, de l'angle sacro-vertébral, passe au centre de ce détroit.

La rencontre de ces deux lignes imaginaires se trouve à peu près au milieu de la cavité pelvienne, et présente ainsi un angle obtus en devant : disposition qu'il importe beaucoup de remarquer, parce qu'elle fait connaître d'une manière plus précise la marche que le fœtus suit nécessairement pour traverser les détroits du bassin, sortir de son excavation; parce qu'elle est aussi d'une grande utilité lorsqu'il s'agit de porter la main ou un instrument dans l'utérus, ou d'en extraire le corps d'un fœtus (*voy.* pl. 5 et 6).

ARTICLE IX.

Différence du Bassin, selon le sexe et l'âge.

Quoique le bassin présente dans les deux sexes la même conformation générale, et qu'il soit composé du même nombre de pièces, cependant le bassin de la femme diffère de celui de l'homme par une amplitude et une capacité plus grande, par les proportions, la disposition de ses parties. Ainsi, dans le bassin de la femme toutes les surfaces sont plus lisses, les contours plus arrondis, on n'y voit pas les aspérités qui indiquent l'attache des muscles et qui sont si marquées dans l'homme.

Les *ilium* sont déjetés en dehors et en arrière : ce qui donne plus de rondeur, plus de saillie aux hanches. La crête des ilium, ainsi que leurs épines, ou tubérosités an-

térieures, sont moins épaisses, moins âpres, plus arrondies; l'évasement du bassin est plus grand; l'angle sacro-vertébral moins saillant; le contour ou rebord du détroit abdominal plus étendu, plus arrondi; le sacrum, plus haut, plus large, plus concave; l'arcade des pubis, plus large, les branches sous-pubiennes, plus minces, plus écartées, contournées en dehors; les tubérosités de l'ischium, moins grosses, moins âpres, inclinées obliquement en dehors; les articulations ou symphyses du bassin sont moins serrées; la symphyse des pubis a moins de hauteur; la substance fibro-cartilagineuse qui la forme est plus molle, plus épaisse, plus courte, et fait en dedans une petite saillie ou bourrelet; la connexion du coccix avec le sacrum est plus lâche, plus mobile: enfin, les cavités cotyloïdes sont moins rapprochées du centre du corps, ce qui détermine une différence remarquable dans le mode de progression, et surtout dans la course.

La forme et la disposition du bassin diffèrent aussi beaucoup suivant l'âge. Ces différences méritent d'être remarquées par rapport au développement énorme de cette partie et à quelques difformités qui peuvent y survenir.

Dans l'enfant naissant, quel que soit son sexe, le bassin est, des trois cavités osseuses du corps, la plus petite, la plus complexe et la plus légère. Chez la femme pubère, au contraire, de ces trois grandes cavités osseuses, le bassin est la plus étendue, la plus pesante et la plus solide; son accroissement se fait vers l'époque de la puberté avec une rapidité étonnante.

On ne saurait considérer la disproportion énorme qui se fait remarquer entre le bassin de l'enfant qui vient de naître et celui de la femme apte à la reproduction, sans être pénétré à la fois d'admiration et de reconnaissance pour l'auteur d'une disposition aussi sage et aussi merveilleusement adaptée pour la double fin qu'il s'est proposée. En effet,

si le bassin chez le fœtus encore dans le sein de sa mère, avait acquis un développement proportionné à celui que l'on remarque dans l'adulte, relativement à la tête, l'enfant n'aurait jamais pu naître à cause de l'excessive ampleur de son bassin; ou bien si, après la naissance, le bassin, en se développant, conservait avec les autres cavités les mêmes rapports de dimensions qu'il avait originairement, les diamètres du détroit abdominal n'auraient guère à l'âge de puberté que *deux pouces et demi*, et par conséquent l'accouchement deviendrait impossible.

Heureusement qu'il n'en est pas ainsi : chez le fœtus, le détroit abdominal, à peu près circulaire, a environ *un pouce* d'étendue en tous sens, et les bords iliaques du grand bassin ont *deux pouces et demi*. Chez la femme pubère le détroit abdominal a *cinq pouces* de diamètre; et l'évasement de la fosse iliaque, d'un contour à l'autre, a *onze pouces* au lieu de deux et demi qu'il a chez le fœtus. Les pièces qui entrent dans la composition du bassin du nouveau-né sont molles, flexibles, et on y distingue trente-six points d'ossification, séparés et unis par des bords cartilagineux.

Par les progrès de la nutrition et de l'accroissement, ces divers points d'ossification se confondent, se soudent intimement, et à l'âge de six à sept ans, le sacrum qui, dans les premiers temps, présentait vingt-un points d'ossification, n'est plus formé que de cinq pièces placées les unes au-dessus des autres, et réunies par des bords cartilagineux; le coccix reste composé de trois pièces, et chacun des os coxaux est composé de trois pièces principales, dont l'une forme l'ilium ou la région supérieure et postérieure du bassin; une autre l'iskium, et la troisième le pubis; l'on y remarque aussi un bord cartilagineux qui forme la crête de l'ilium; un autre sur la tubérosité de l'iskion; enfin, un troisième à l'angle du pubis. Par la suite, ces croûtes

cartilagineuses deviennent autant de points particuliers d'ossification ; de sorte qu'à l'âge de dix ou douze ans chacun des os coxaux est composé de six pièces que l'on peut facilement séparer par la macération, mais qu'il ne faut pas considérer, ainsi qu'on l'a fait trop long-temps, comme autant d'os particuliers qui doivent être étudiés et décrits séparément.

Quoi qu'il en soit, dès l'âge de sept ans, le bassin de la jeune fille commence déjà à se faire distinguer de celui du garçon par un peu plus d'évasement; la forme du détroit abdominal est alors moins allongée du sacrum au pubis : mais en approchant de la puberté, le développement se fait d'une manière plus rapide; le détroit abdominal acquiert plus d'étendue dans son diamètre transversal; les hanches deviennent plus saillantes, plus arrondies ; tous les points divers d'ossification sont réunis; il ne reste plus que les quatre pièces principales, comme on les trouve dans l'adulte.

ARTICLE X.

Difformités du Bassin.

Si l'on se bornait à considérer que, dans les premiers temps de la vie, le bassin a une mollesse, une flexibilité très-grande ; que, par sa disposition, ses connexions avec le rachis et les membres inférieurs, il est en même temps la base qui supporte toute la partie supérieure du corps, le point d'appui sur lequel s'exécutent tous les efforts , tous les mouvemens des membres inférieurs ; il paraîtrait d'abord que les proportions et la forme de cette partie pourraient, facilement et fréquemment, être altérées par les attitudes, les efforts de l'enfant, et mille autres circonstances accessoires ; cependant, l'expérience journalière prouve que les difformités du bassin sont rares ; cet avantage paraît devoir être attribué à la multiplicité des points d'ossi-

fication, qui, en se développant simultanément, se pressent, se soutiennent réciproquement, donnent ainsi au bassin la fermeté, la résistance nécessaires, en même temps qu'ils en augmentent l'étendue et en conservent la forme.

Quoique peu développés dans le fœtus, les os du bassin sont, à la puberté, les premiers qui aient acquis la conformation qu'ils doivent conserver par la suite; ils ne sont altérés que dans les sujets qui, dans l'enfance, ont éprouvé des maladies qui tendent essentiellement à changer le mode de nutrition propre aux os; quelquefois même on trouve le bassin bien conformé, quoique les os des membres et même ceux du tronc soient plus ou moins courbés et contournés; ce qui dépend spécialement de l'époque à laquelle est survenue la maladie qui a perverti la nutrition des os.

Cependant, malgré ces dispositions admirables dans la composition primitive du bassin, on y trouve parfois différens vices de proportions ou de conformation, qui peuvent rendre l'accouchement difficile ou même impossible par les voies naturelles : ainsi, quoique régulier dans sa forme, ses ouvertures, ses contours, le bassin, disent quelques-uns, peut être trop étroit pour donner issue à un fœtus de volume ordinaire : ce qui conduirait à supposer un défaut d'accroissement, de développement uniforme et simultané dans le bassin. Mais il nous paraît difficile et même impossible de concilier l'idée d'une petitesse absolue avec la régularité de la conformation dans une femme d'ailleurs bien conformée; cette petitesse peut seulement être relative au volume du fœtus, et on l'observe quelquefois lorsque, pendant son séjour dans l'utérus, le fœtus a acquis un développement extraordinaire, et qu'il ne se trouve plus alors proportionné aux détroits qu'il doit traverser; mais ces cas s'écartent de la marche naturelle que nous devons d'abord considérer.

D'autres fois, au contraire, le bassin a un excès de

grandeur et de capacité; cette disposition, qui paraît d'abord si propre à rendre l'accouchement plus prompt, plus facile, donne lieu à des incommodités, à des accidens plus ou moins graves qui nécessitent des attentions particulières pour prévenir la rupture du périnée, la chute de l'utérus, les effets de la compression que cet organe fait par son développement dans la cavité pelvienne.

Les vices de conformation, c'est-à-dire qui dépendent de l'altération de la forme du bassin, sont plus nombreux, plus fréquens et plus graves, et toujours ils sont le résultat de quelque maladie qui a suspendu, perverti le mode de nutrition des os. On les a observés à toutes les parties du bassin, mais plus ordinairement au détroit abdominal, moins souvent au détroit périnéal, plus rarement encore à l'excavation pelvienne; il serait trop long de décrire tous ces modes d'altérations, nous nous bornerons à indiquer les principaux:

1° La forme du détroit abdominal est altérée par la dépression, l'enfoncement d'un ou de plusieurs de ses bords ou parois, d'où résulte nécessairement un rétrécissement plus ou moins considérable de son ouverture. Le plus ordinairement le rétrécissement de ce détroit se trouve au diamètre sacro-pubien, et dépend spécialement de la base du sacrum, qui est déjetée et saillante en devant. Dans le cas de ce vice de conformation, les hanches conservent leur forme ordinaire; mais le bassin est dans une grande inclinaison, et l'articulation du sacrum avec la dernière vertèbre des lombes présente un enfoncement remarquable; ce qui fait donner aux personnes qui ont cette conformation le nom vulgaire d'*ensellées*.

Cette disposition vicieuse du sacrum peut échapper à l'attention, lorsque la femme est d'une taille assez élevée pour ne laisser aucun doute sur les dimensions naturelles du bassin, surtout lorsqu'on n'a vu la femme que dans les

derniers temps du travail de l'accouchement, comme il arrive assez souvent dans les hôpitaux, où l'on n'amène les femmes qu'après qu'elles sont épuisées par les efforts qu'elles ont faits ou par les tentatives qu'elles ont subies pour opérer l'accouchement.

Souvent encore cette disposition vicieuse du sacrum est accompagnée de l'aplatissement, de la dépression ou même de l'enfoncement des pubis; et le diamètre sacro-pubien se trouve alors tellement rétréci, que, dans quelques sujets, il n'avait, comme le rapportent *Hunter, Camper* et *Baudelocque*, que 27, 18, 14, et même seulement 9 lignes. Dans ces cas, au lieu d'avoir cette forme elliptique ou ovalaire qui lui est naturelle, l'ouverture du détroit abdominal est plus ou moins irrégulière; souvent elle est partagée en deux portions arrondies sur les côtés, séparées par un canal intermédiaire plus ou moins large; ce qui fait ordinairement comparer cette disposition du détroit abdominal à un ∞ de chiffre. Quelquefois le rétrécissement est spécialement dû à l'aplatissement ou à l'enfoncement d'une des parois cotyloïdiennes; d'autres fois, les deux parois cotyloïdiennes sont en même temps plus ou moins enfoncées, les pubis aplatis et saillans en devant. Nous avons vu ce vice de conformation sur le bassin d'une femme adulte, dans laquelle les branches sous-pubiennes étaient tellement rapprochées, qu'elles ne laissaient entre elles qu'un vide de 3 lignes; les pubis étaient allongés, saillans en devant; et en mesurant de leur symphyse à l'apophyse épineuse du sacrum, on trouvait un intervalle de plus de 8 pouces; ce qui aurait pu faire croire à une grande étendue de diamètre sacro-pubien, si en même temps on n'eût point fait attention à la disposition particulière, au rapprochement des parois cotyloïdiennes (*voy.* pl. 7, fig. 8).

Tous ces vices de conformation du détroit abdominal sont quelquefois le résultat d'une maladie particulière qui

affecte les os du bassin chez la femme enceinte (1); mais ils sont bien plus souvent la suite ou l'effet du rachitisme, ou de quelque autre maladie survenue dans l'enfance, qui a changé le mode de nutrition propre aux os, et leur a donné un degré de mollesse assez grand pour plier sous le poids du corps, se déformer par des positions, des attitudes prolongées, par des efforts accidentels, même par de simples mouvemens. Toujours aussi les effets de la maladie se font

---

(1) *Demnan* fait mention d'une maladie désignée sous le nom de *malacosteon* (ramollissemeut des os), page 60. Selon *J. Burns*, cette maladie serait assez commune en Angleterre. Elle affecte, dit-il, plus particulièrement les femmes qui habitent les villes manufacturières, et se déclare quelquefois immédiatement après l'accouchement, et le plus souvent pendant la grossesse; elle est rare chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans; mais elle augmente toujours chez la femme enceinte. Les altérations que produit cette maladie sur le bassin de la femme adulte sont différentes de celles qui sont occasionées par le rachitisme; car en même temps que l'angle sacro-vertébral se déjette en avant du bassin, les parois cotyloïdiennes sont poussées obliquement l'une vers l'autre, de manière à se rencontrer avec la base du sacrum, et à réduire le détroit abdominal à deux fentes ou scissures latérales obliques qui viennent se terminer en devant: les branches supérieures des pubis étant presque en contact par leur surface interne, il en résulte une espèce de gouttière où se trouve logé l'urètre; le bord articulaire des pubis forme une saillie extérieure très-considérable. (*Voyez* la *Figure* 7 de la *Planche* 8. Extrait et trad. de *the Principles of Midwifery*, third edit. 1814, p. 28.)

Stein fait également mention d'une femme qui, après avoir eu plusieurs couches naturelles et quelques autres extrêmement difficiles, ne put accoucher par la suite qu'à l'aide de l'opération césarienne, parce que le diamètre sacro-pubien se trouvait réduit à deux pouces et demi, le diamètre sacro-cotyloïdien droit à un pouce, et le même diamètre gauche à deux pouces. (2ᵉ vol. p. 175.)

On trouve un autre exemple de cette nature dans un cas d'accouchement non naturel de la Clinique de Pavie, par Ferrario. (Milan, 1829.)

sentir d'une manière plus ou moins marquée sur le rachis, les côtes, les dents, les os du crâne, de la face et des membres.

A la simple inspection d'une fille pubère, on pourra présumer quelque conformation vicieuse du bassin formée dans l'enfance, par la forme de la face, du thorax, les contours de la colonne vertébrale, la courbure des jambes, des cuisses; et lorsque la maladie a commencé quelque temps avant la seconde dentition, les dents sont minces, semi-transparentes, marquées de stries transversales, formées par des points, des enfoncemens plus ou moins profonds ou espacés; mais on s'en assurera d'une manière plus positive par l'examen du bassin.

Quelquefois il suffit d'en considérer l'extérieur, d'en mesurer les différens points avec notre pelvimètre ou le compas d'épaisseur, pour reconnaître sur-le-champ l'espèce et le degré de rétrécissement qui se trouve au détroit abdominal; mais quelquefois, et surtout dans l'adulte, la conformation du bassin, quoique régulière à l'extérieur, peut être altérée dans son détroit abdominal par une exostose, une tumeur formée intérieurement (*voy.* pl. 8, fig. 1, 2). Ainsi, pour prononcer avec la plus grande certitude, il convient généralement d'avoir recours à un examen ultérieur; ce qui sera spécialement indiqué à l'article du *toucher*.

2°. La forme du détroit *périnéal* est altérée par le rapprochement des tubérosités iskiatiques, des branches sous-pubiennes, le resserrement du cintre ou de l'arcade des pubis: ce que nous avons constaté tout récemment chez une jeune fille qui avait eu dans son enfance une luxation spontanée du fémur gauche; la tête de l'os, échappée en arrière et hors de sa cavité, laissa croître en avant la branche montante de l'ischion et la branche descendante du pubis du même côté, de manière à opérer un rétrécisse-

ment de l'arcade pubienne. Quelques-uns ajoutent à ce vice de conformation le prolongement, la soudure du coccix avec le sacrum; mais lorsque l'on considère que la mobilité du coccix est entretenue par le besoin journalier d'évacuer les matières stercorales, on n'admettra point cette disposition comme une cause du rétrécissement du détroit périnéal. « Aussi, nous disait M. Dubois, ce n'est » point l'immobilité du coccix qui s'oppose à la sortie de » la tête chez les femmes déjà âgées, et qui accouchent » pour la première fois, mais bien la rigidité des parties » molles qui lui offrent une grande résistance. C'est donc » en vain, ajoutait le même professeur, que l'on tenterait » de repousser le coccix en arrière au moyen du doigt; la » tête le repoussera toujours assez, et beaucoup mieux » que l'on ne ferait. »

Quand le détroit abdominal est resserré, le détroit périnéal est ordinairement au-delà de ses dimensions ordinaires, *et vice versâ;* il est rare de les voir tous les deux resserrés en même temps.

3°. Les vices de l'excavation pelvienne consistent dans la courbure plus ou moins grande du sacrum, dans l'aplatissement, le rapprochement plus ou moins grand des parois cotyloïdiennes et pubiennes, et l'on pourra les reconnaître d'une manière précise, soit par l'examen extérieur, soit par le toucher.

Pour compléter tout ce qui est relatif au bassin, il faut encore le considérer dans la femme vivante, et observer quels changemens il éprouve dans la grossesse et par l'accouchement; mais pour être bien saisis, ces objets supposent la connaissance des parties molles disposées au pourtour ou dans la cavité du bassin : ainsi, nous en renvoyons l'exposition au chapitre suivant (*voy.* les planches depuis la 1re jusques et compris la 8e).

CHAPITRE II.

Des parties molles qui servent ou concourent à la génération et à l'accouchement.

Dans l'étude et la pratique de l'art des accouchemens, il ne suffit pas de connaître la conformation, la structure des parties génitales de la femme; mais comme la grossesse produit de grands changemens, non-seulement dans la forme, le volume de l'abdomen, la disposition de ses parois, mais encore dans la situation, les rapports des viscères qu'il renferme; comme plusieurs parties concourent et coopèrent d'une manière plus ou moins active à l'accouchement, il est nécessaire d'en donner au moins une idée. Ainsi nous partagerons ce chapitre en plusieurs articles, dans lesquels nous indiquerons successivement, et en peu de mots, les principaux objets qui doivent fixer l'attention des personnes qui se livrent à l'exercice de cet art.

ARTICLE PREMIER.

Considération générale de l'abdomen.

On appelle *abdomen*, et communément le *ventre*, le *bas-ventre*, la grande cavité du tronc, dans laquelle sont renfermés les principaux organes qui servent à la digestion, à la sécrétion de l'urine, et une partie de ceux qui servent à la génération. Cette cavité est essentiellement composée d'os, de ligamens, de cartilages, de muscles, dont l'arrangement, la disposition, en déterminent la forme et l'étendue : ainsi, elle est formée en arrière par les cinq vertèbres des lombes, qui sont disposées les unes au-dessus des autres, affermies dans cette situation par un grand nombre de ligamens attachés à leur pourtour,

ainsi que par l'interposition d'une lame fibro-cartilagineuse placée entre leurs corps ; 2° en haut, elle est bornée par une portion des côtes, par leur contour cartilagineux, par l'appendice abdominale du sternum ou *cartilage xiphoïde*, mais surtout par la disposition d'un muscle large et fort, que l'on nomme *diaphragme ;* 3° en bas la cavité de l'abdomen est terminée par le bassin et la disposition de quelques muscles ; enfin, ses parois antérieures et latérales sont formées par le concours de dix muscles que l'on comprend sous le titre collectif de *muscles abdominaux.* Comme dans le cours de la grossesse, ces muscles, ainsi que le diaphragme, éprouvent des changemens remarquables, comme aussi leur action concourt beaucoup à l'accouchement, il ne sera point inutile d'en considérer la disposition générale.

ARTICLE II.

Muscles abdominaux.

Les muscles qui forment principalement l'enceinte et les parois molles de l'abdomen, sont, comme il a été déjà indiqué, au nombre de *dix*, cinq de chaque côté; trois de ces muscles sont larges, minces, disposées les uns sur les autres, et forment toute l'enveloppe de l'abdomen; les *deux* autres, longitudinaux, sont situés uniquement sur la face antérieure; les muscles d'un côté, sont séparés de ceux de l'autre par une bandelette d'un tissu blanchâtre et serré, qui de l'appendice abdominale du sternum, se prolonge à la symphyse des pubis : cette bandelette que l'on nomme la *ligne médiane de l'abdomen*, ou communément *ligne blanche*, présente à peu près dans le milieu de son étendue, la cicatrice que forme l'ombilic : plus large en haut, du côté du sternum, elle devient plus étroite en s'approchant des pubis. En examinant cette ligne blanche, on reconnaît évidemment qu'elle est entièrement composée

des fibres aponévrotiques, qui proviennent des muscles larges de l'abdomen, s'entrecroisent en cet endroit, et forment ainsi un point commun de réunion et d'action. Mais quoique très-étroite et d'un tissu dense et très-serré, cette ligne médiane est susceptible d'une grande extension, comme on l'indiquera dans un autre article, en parlant des changemens que produit la grossesse et l'accouchement.

Les muscles abdominaux sont distincts les uns des autres, par leur forme, leur situation, la disposition, la direction des fibres ou faisceaux qui entrent dans leur composition ; et suivant la méthode nominale de M. *Chaussier,* on les désigne d'après leurs attaches principales, ce qui indique aussi leur mode d'action : ainsi, comme de chaque côté les muscles larges de l'abomen se terminent également à la ligne médiane des parois de cette cavité, comme par leur contraction ils tendent également à resserrer l'abdomen, à comprimer les viscères qu'il renferme, le premier de ces muscles est nommé *costo-abdominal;* le second, *ilio-abdominal,* et le troisième, *lombo-abdominal :* des deux autres muscles longs, l'un est nommé *sterno-pubien,* et l'autre, *pubio-sous-ombilical.*

Le muscle costo-abdominal, que l'on nomme encore, à cause de son étendue et sa direction, le *grand oblique,* l'*oblique externe* ou *descendant,* est situé immédiatement au-dessous des tégumens, et est le plus grand, le plus large de l'abdomen ; il s'attache par autant de languettes différentes, aux huit côtes inférieures, dont les faisceaux ou fibres charnues se portent obliquement de haut en bas à la crête de l'ilium, ils se terminent par une grande et large aponévrose qui se fixe au pubis, mais essentiellement à la ligne médiane de l'abdomen qui est son point principal d'insertion, et sur lequel se dirigent tous les efforts de la contraction.

On doit remarquer à la portion aponévrotique du muscle costo-abdominal, une disposition particulière et extrêmement importante, 1° en se portant de l'épine supérieure de l'ilium au pubis, l'aponévrose de ce muscle laisse une ouverture que l'on nomme *arcade inguinale* ou *crurale*, sous laquelle passent les vaisseaux et quelques-uns des nerfs qui se portent aux membres inférieurs; cette ouverture, plus grande dans la femme que dans l'homme, peut accidentellement donner issue à quelques viscères de l'abdomen, et être le siége d'une hernie; 2° un peu au-dessus et sur le côté du pubis, on trouve une autre ouverture oblongue, que l'on nomme *anneau sus-pubien*, et par laquelle passe, dans la femme, un appendice de l'utérus, que l'on nomme le *cordon sus-pubien*.

Le muscle ilio-abdominal, que l'on appelle encore *petit oblique* ou *oblique interne*, est entièrement recouvert par le précédent, et a ses fibres obliques, mais dans une direction différente; d'un côté, il est attaché à la crête de l'ilium; de l'autre, il se porte au contour cartilagineux des côtes, et se termine par une large aponévrose dont les fibres s'entrecroisent et se fixe à la ligne médiane de l'abdomen; mais en approchant du muscle sterno-pubien, l'aponévrose de ce muscle se partage en deux lames ou feuillets, dont l'une passe devant le muscle sterno-pubien, et l'autre derrière.

Le muscle lombo-abdominal, que l'on nomme encore *transverse*, est le troisième des muscles larges de l'abdomen, d'un côté, il est attaché aux apophyses transverses des vertèbres des lombes, et de l'autre il se termine, comme les précédens, par une large aponévrose qui se fixe à la ligne médiane de l'abdomen.

Le muscle sterno-pubien, ou *muscle droit*, est situé sur la face antérieure de l'abdomen; d'un côté, il est attaché par quelques fibres à l'extrémité du sternum, à son

appendice, et surtout aux cartilages des trois dernières côtes sternales ; et de l'autre, il se termine au pubis par un tendon large et court ; ce muscle long est plus large, mais plus mince du côté du sternum, plus épais et moins large du côté des pubis ; il est enfermé dans une gaîne aponévrotique, fournie par les muscles larges de l'abdomen. Il faut aussi remarquer que la longueur de ses fibres charnues est interrompue par des intersections tendineuses qui sont plus marquées sur sa face antérieure, et auxquelles sont intimement attachés les feuillets aponévrotiques qui en forment la gaîne.

Le muscle pubio-sous-ombilical, que l'on nomme encore *pyramidal*, est très-petit, manque quelquefois ; d'un côté, il s'attache au pubis, et de l'autre il se termine par une pointe tendineuse qui s'implante à la ligne médiane de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic.

ARTICLE III.

Diaphragme.

Ce mot, qui, d'après son étymologie, signifie littéralement *cloison, séparation transversale*, est adopté par les anatomistes pour désigner le grand et large muscle qui circonscrit l'abdomen à sa partie supérieure, et en sépare la cavité de celle du thorax. Ce muscle, si remarquable par sa disposition, si important par son action et ses usages, a une forme elliptique, prolongée en arrière par deux appendices charnues qui s'implantent au corps des vertèbres des lombes, et que l'on nomme les *piliers du diaphragme ;* aponévrotique dans son centre ou milieu, il est composé, à sa circonférence, d'un grand nombre de faisceaux musculeux, régulièrement placés les uns à côté des autres, en forme de rayons ; d'un côté, ces faisceaux musculeux sont attachés à l'extrémité du sternum, à la base de son appendice

abdominale, au bord interne du contour que forment les côtes inférieures, ainsi que sur le corps des vertèbres des lombes ; et de l'autre, ils se dirigent et se terminent tous à cette large aponévrose qui en forme le centre.

Lorsqu'on examine ce muscle dans le cadavre, on voit qu'il forme une espèce de voûte, obliquement inclinée de devant en arrière, de haut en bas, et dont la convexité se trouve du côté du thorax ou poitrine, et la concavité du côté de l'abdomen ; mais lorsque l'on considère son action, l'on reconnaît que, dans l'inspiration, dans les efforts d'expulsion, ce muscle, en se contractant, s'aplanit, déprime et pousse en bas tous les viscères contenus dans l'abdomen ; ainsi son action, jointe à celle des muscles abdominaux, mérite une attention particulière dans la pratique des accouchemens : on doit même remarquer que ce muscle éprouve de grands changemens pendant la grossesse ; ainsi, dans les derniers temps, lorsque l'abdomen est fort distendu par le développement de l'utérus, le diaphragme est refoulé du côté du thorax, le cœur est relevé, les poumons plus ou moins comprimés, et, dans quelques cas, nous avons vu le sommet de la convexité du diaphragme correspondre à la hauteur de la troisième ou quatrième des côtes sternales.

D'après la forme du diaphragme, on distingue deux faces ; l'une, concave ou abdominale ; l'autre, convexe ou thoracique ; l'on y remarque aussi trois ouvertures principales : l'une, à droite, située dans la portion aponévrotique, et qui donne passage à la veine-cave abdominale ou *ascendante* ; les deux autres sont formées par l'écartement et la disposition des prolongemens lombaires ou piliers du diaphragme : l'une, antérieure, donne passage à l'œsophage, et l'autre à la continuation de l'artère aorte.

Pour avoir une idée complète des différens muscles dont l'action concourt d'une manière plus ou moins directe à l'accouchement, il faudrait encore considérer tous ceux

qui, ayant leurs attaches principales au pourtour du bassin, s'implantent, soit aux fémurs, soit au thorax, parce que, en assujettissant ces parties, en affermissant le bassin, ils fournissent un appui, un point fixe à l'action contractile et expultrice des muscles qui forment les parois de l'abdomen; mais ces détails pourraient paraître déplacés dans cet ouvage uniquement destiné à rappeler les objets principaux : nous nous bornerons donc à indiquer quatre muscles qui, par leur disposition, nous paraissent mériter une attention particulière.

Des muscles psoas.

Ces muscles, situés profondément dans l'abdomen, sous le péritoine, sont au nombre de deux de chaque côté :

L'un, large et plat, occupe toute la fosse iliaque ; il est composé d'un grand nombre de faisceaux disposés en rayons, attachés à toute la surface de cette concavité, et se termine par un fort tendon qui passe sous l'arcade inguinale, et s'implante à la petite apophyse du fémur que l'on nomme le petit *trochanter* ou *trokantin* : ce qui lui a fait donner le nom de *muscle iliaque* ou *iliaco-trokantinien*.

L'autre muscle, que l'on nomme communément le *grand psoas*, ou, d'après ses attaches, *pré-lombo-trokantinien*, est long, fort épais ; ses faisceaux charnus, rapprochés, disposés parallèlement les uns sur les autres, sont attachés sur les côtés du corps des quatre premières vertèbres des lombes ; ils forment, par leur réunion, une masse saillante, arrondie, qui se porte obliquement vers l'arcade inguinale, et se termine par un fort tendon qui se réunit à celui du muscle précédent, et s'implante au trokantin. D'après la direction, les attaches de ces deux muscles, on voit qu'ils servent essentiellement à fléchir les cuisses, en leur imprimant un mouvement de semi-rotation; mais ce qu'il importe le plus de remarquer pour notre objet, le muscle pré-

lombo-trokantinien, par son trajet, par sa disposition, fait sur le bord du détroit abdominal une saillie qui change la forme de cette ouverture; et diminue, par sa contraction, l'étendue du diamètre iliaque; ce qui, sans doute, concourt en partie à déterminer la position oblique dans laquelle la tête du fœtus se présente pour l'accouchement naturel. Enfin, d'après ce qui vient d'être dit, on voit que, dans le travail de l'accouchement, l'attitude, la position des cuisses et le degré de contraction des muscles, peuvent apporter un changement dans la forme du détroit abdominal; nous avons vu même une fois, à la suite de convulsions, d'efforts violens et inconsidérés, un des muscles pré-lombo-trokantiniens rompu en différens endroits de son étendue, sa surface ecchymosée et couverte de sang coagulé.

Nous ne parlerons pas d'un autre muscle long et grêle, que l'on nomme communément le *petit psoas* ou *pré-lombo-sus-pubien*, à cause de ses points d'attache; outre que ce muscle manque quelquefois, l'action dont il est susceptible est trop peu considérable pour apporter quelques changemens importans à remarquer.

ARTICLE IV.

Des régions de l'abdomen.

Comme l'abdomen contient un grand nombre d'organes, dont il importe de déterminer la situation et les rapports, on y distingue, pour l'étude, des *faces* et des *régions*.

Les faces de l'abdomen sont au nombre de deux : l'une antérieure ou *sternale*; l'autre postérieure ou *spinale*; et l'on distingue, à chacune de ces faces, des portions ou régions dont on détermine l'étendue, non point par des mesures arbitraires ou des travers de doigts, comme on l'a fait si long-temps, mais par des points fixes, invariables, tirés de la conformation même des parties.

Ainsi, la face sternale ou antérieure de l'abdomen, bornée en bas, par le bassin, par les aines ou l'angle de flexion des cuisses; sur les côtés, par le contour des muscles abdominaux; en haut, par les attaches et la voûte concave du diaphragme, est divisée en trois portions ou régions principales : une supérieure ou *épigastrique*, une moyenne ou *ombilicale*, une inférieure hypogastrique ou *sus-pubienne*. L'étendue de ces régions est déterminée d'une manière précise: *supérieurement*, par une ligne transversale qui se prend du contour cartilagineux des côtes, d'un côté à l'autre; et *inférieurement*, par une ligne semblable qui, de l'épine ou tubercule supérieur de l'ilium, se conduit d'un côté à l'autre.

Enfin, pour assigner d'une manière plus précise la position des viscères de l'abdomen, on a sous-divisé chacune de ces régions en trois autres, auxquelles on a donné des noms particuliers : ainsi, le milieu de la région épigastrique conserve le nom d'*épigastre;* les parties latérales sont appelées *hypocondres;* la partie moyenne de la région ombilicale est nommée *ombilic*, et les latérales sont désignées sous le nom de *flancs;* la partie moyenne de la région hypogastrique est appelée *hypogastre;* les latérales sont nommées *îles* ou *régions iliaques*, l'une droite, l'autre gauche : on détermine l'étendue de ces régions secondaires par deux lignes longitudinales qui, des zygoma ou parties latérales de la face, sont abaissées et prolongées jusque sur les tubérosités des iskium, comme on a tâché de l'exprimer dans la planche nº 9.

La face spinale ou postérieure de l'abdomen, est seulement divisée en deux portions ou régions : l'une, supérieure ou *lombaire;* l'autre, inférieure ou *sacrée;* les parties latérales de cette dernière région, couvertes d'un grand nombre de muscles larges et épais, forment les fesses.

Enfin, l'espace du bassin compris entre les deux cuisses, et qui forme le détroit inférieur ou *périnéal,* est divisé en trois portions ou régions qui se trouvent sur des plans différens; l'une *pubienne* antérieure, qui comprend le corps et la symphyse des pubis; une *sous-pubienne,* qui du cintre ou arcade des pubis, s'étend aux tubérosités de l'iskium; enfin, une *anale* ou postérieure séparée de la précédente par un intervalle que l'on nomme le *périnée.*

ARTICLE V.

Du péritoine.

Outre les différens muscles qui viennent d'être indiqués et qui forment l'enceinte de l'abdomen, cette grande cavité est tapissée intérieurement dans toute son étendue par une membrane mince, diaphane, que l'on nomme *péritoine.* Partout attachée par un tissu lamineux, plus ou moins lâche et abondant, cette membrane n'est point bornée aux parois de l'abdomen, mais elle se replie, s'étend sur presque tous les viscères renfermés dans cette cavité, leur fournit une enveloppe commune, se prolonge même au-delà de quelques-uns, forme au pourtour de quelques autres des brides ou freins qui servent à les fixer, à les soutenir dans leur situation, tandis qu'à la circonférence d'autres organes elle forme des plicatures, des prolongemens plus ou moins étendus et variés qui servent à l'ampliation, au développement de l'organe : cette membrane est essentiellement composée de vaisseaux séreux, exhalans et absorbans, qui sont unis et soutenus par un tissu lamineux très-fin. D'après sa texture, elle est susceptible d'un certain degré d'extension; elle est le siége d'une perspiration et d'une absorption continuelles, très-importantes pour entretenir la souplesse et l'intégrité des organes contenus dans l'abdomen (*voy.* la planche n° 10).

ARTICLE VI.

Des viscères de l'abdomen.

D'après leurs fonctions, les organes, ou viscères contenus dans l'abdomen, sont de trois genres différens par leurs usages.

Ceux qui servent à la digestion sont : 1° l'estomac, grand réservoir musculo-membraneux, principalement situé dans l'épigastre ; 2° le canal intestinal, long conduit cylindrique, qui occupe la plus grande partie de l'abdomen, et s'étend depuis l'estomac jusqu'à l'anus, en formant un grand nombre de plis, de contours et de circonvolutions.

D'après la forme et le volume de ce long canal, on en divise toute l'étendue en deux portions : l'une, qui est la suite immédiate de l'estomac, est nommée l'*intestin grêle*, et on l'a sous-divisé, pour l'étude, en trois portions distinctes par leur situation ; la première est nommée *duodenum;* la seconde, *jejunum*, et la troisième, *iléon* : ces deux dernières portions sont lâchement attachées et soutenues par une duplicature ou large repli du péritoine, que l'on nomme le *mésentère*. L'autre portion du canal intestinal, que l'on nomme le *gros intestin*, est également divisée en trois portions : la première, qui est située dans la fosse iliaque droite, est appelée le *cœcum ;* la seconde, que l'on nomme *colon*, remonte du cœcum à droite, se porte transversalement à gauche, en formant une sorte d'arc, qui passe au-dessous de l'estomac, puis de là se porte à la fosse iliaque gauche, où elle forme un double contour très-remarquable, que l'on nomme communément l'S *romaine du colon*, ou le contour iliaque du colon ; la troisième partie, que l'on nomme *rectum*, est la portion qui, de la hauteur du sacrum, s'enfonce dans la cavité pelvienne, et

se termine à l'extérieur par une ouverture annulaire qui lui a fait donner le nom d'*anus*. On doit aussi observer que le gros intestin, et spécialement le colon, est soutenu dans sa situation par un large repli du péritoine, que l'on a distingué sous le nom de *mésocolon*. 3° A ces organes qui servent spécialement au trajet des substances alimentaires, au changement qu'ils doivent éprouver, il faut ajouter le foie, qui est situé au côté droit, immédiatement au-dessous du diaphragme; 4° la rate, qui est à gauche; 5° le pancréas, qui est situé profondément et transversalement entre le foie et la rate; 6° enfin, l'épiploon, long et large prolongement vasculaire et graisseux, qui tient spécialement à l'estomac et au colon.

Les organes qui servent à la sécrétion et à l'excrétion de l'urine, sont: 1° les reins, l'un à droite, l'autre à gauche, logés profondément, plongés dans un tissu adipeux au-dessous et derrière le péritoine; 2° les uretères, qui en sont les canaux excréteurs; 3° la vessie, réservoir musculo-membraneux situés derrière les pubis, recouvert en grande partie par le péritoine, et dans lequel s'accumule l'urine, qui y est apportée et versée continuellement par les uretères; 4° l'urètre, canal excréteur qui provient de la vessie, et se termine aux parties génitales, par un orifice que l'on examinera plus particulièrement dans un autre article.

Les organes qui servent à la génération, et que l'on peut apercevoir dans la cavité de l'abdomen, sont: 1° l'utérus ou matrice qui est située dans la cavité pelvienne, entre l'intestin rectum, la vessie, et recouverte par une portion du péritoine, qui forme à sa circonférence, et surtout sur ses parties latérales, des replis très-remarquables, que l'on désigne sous le nom de *ligamens larges;* 2° des prolongemens grêles et arrondis, qui se dirigent à l'anneau sus-pubien, passent par cette ouverture, et que l'on nomme

cordons sus-pubiens ou *ligamens ronds;* 3° en arrière les cordons utéro-sacrés; 4° les deux ovaires, l'un à droite, l'autre à gauche; 5° les deux trompes utérines, objets sur lesquels nous reviendrons dans un autre article.

ARTICLE VII.

Des Organes qui servent à la génération.

Les organes qui servent à la génération sont composés d'une série de parties d'une texture délicate, complexe, et qui diffèrent par leur situation, leurs usages : d'après leur disposition, on les divise en *externes* et en *internes*.

De la Vulve.

Les parties externes sont comprises sous le titre collectif de *vulve*, mot dérivé du latin, qui signifie proprement *la porte* ou *l'entrée;* elles forment une ouverture longitudinale, qui commence sur la partie antérieure des pubis, et s'étend un peu au-dessous, dans la direction de la ligne médiane du corps; on y distingue :

1° *L'éminence sus-pubienne*, saillie plus ou moins large et arrondie, qui commence à la partie inférieure de l'hypogastre, et s'étend sur la partie antérieure des pubis : cette proéminence, qui est entièrement formée par la peau et un tissu graisseux plus où moins abondant, se couvre de poils à la puberté, diffère suivant l'âge, l'embonpoint du sujet, la conformation du bassin, et quelques circonstances particulières ou individuelles.

2° *Deux lèvres* longitudinales et parallèles qui forment les bords de l'ouverture, l'une à droite et l'autre à gauche. Ces lèvres, dont la saillie, l'épaisseur et la consistance varient beaucoup, suivant diverses circonstances, sont spécialement formées par un prolongement de la peau, un tissu lamineux plus ou moins dense et serré, qui soutient

un grand nombre de ramifications vasculaires; leur face externe, convexe, arrondie, est parsemée de poils; l'interne est formée par une membrane molle, mince, perspirable, plus ou moins rouge, parsemée de quelques follicules qui filtrent un mucus sébacé (1); leur saillie, leur épaisseur diminue progressivement de l'éminence sus-pubienne au périnée, où elles se terminent en formant une sorte de bride ou de prolongement transversal et semi-lunaire, que l'on nomme la *commissure périnéale*, et vulgairement la *fourchette*. L'union, le rapprochement de ces deux lèvres sur les pubis, est désigné sous le nom de *commissure supérieure des lèvres de la vulve*.

3° Les *nymphes*, deux petites éminences minces, oblongues, semi-lunaires, plus ou moins vermeilles, et que, d'après leur couleur et leur figure, on compare ordinairement aux crêtes que l'on remarque sous le gosier de quelques poules : les nymphes ne s'aperçoivent ordinairement qu'en écartant les lèvres de la vulve; elles sont éloignées en bas, se rapprochent en haut, se réunissent sur les pubis, en formant un repli qui recouvre l'extrémité du clitoris, et lui fournissent un *prépuce*; elles sont entièrement formées par un prolongement membraneux qui contient, dans son épaisseur, un tissu lamineux, érectile, très-fin, parsemé de vaisseaux capillaires et de plusieurs follicules qui versent à sa surface un fluide muqueux, sébacé, toujours peu abondant en santé, mais dont la quantité et les qualités varient par les diverses irritations.

4° Le *clitoris*, petit corps cylindrique dont l'extrémité arrondie, saillante en avant, est recouverte et cachée par un prolongement des nymphes qui leur sert d'enveloppe ou de prépuce; mais en examinant plus particulièrement la disposition de ce corps, dont on aperçoit seulement

---

(1) Gras, onctueux, de la nature du *suif*.

l'extrémité saillante aux parties externes, on reconnaît par la dissection que le clitoris est beaucoup plus étendu qu'il ne le paraît d'abord, et qu'il est composé d'une sorte de corps caverneux, oblong, qui se divise en deux branches ou racines qui se portent, l'une à droite, l'autre à gauche, s'implantent aux branches inférieures des pubis, et sont recouvertes par les faisceaux d'un petit muscle que l'on indiquera par la suite.

5° L'*orifice de l'urètre*, petite ouverture circulaire, située immédiatement au-dessous de la réunion des nymphes, au-dessous de la symphyse des pubis, souvent entourée de plicatures ou rugosités qui contiennent de petits follicules muqueux.

6° L'*orifice du vagin*, grande ouverture circulaire, située au-dessous de l'orifice de l'urètre. Dans les filles, elle est rétrécie par un prolongement membraneux, parsemé de quelques petits vaisseaux, et qui, le plus ordinairement, a une forme semi-lunaire, et que l'on désigne sous le nom d'*hymen*. Dans les femmes mariées, et surtout après l'accouchement, cet orifice a plus ou moins d'amplitude, et l'on y remarque trois ou quatre petits tubercules rougeâtres, plus ou moins saillans, que l'on nomme *caroncules vaginales*, communément *myrtiformes*.

7° Le *périnée*, espace intermédiaire qui sépare la vulve de l'anus, et présente, dans son milieu, une petite ligne saillante que l'on nomme la *ligne médiane* ou le *raphé* du périnée. Cette partie, qui mérite une attention spéciale dans la pratique des accouchemens, est formée par la peau, par un tissu graisseux, et par le concours de quelques muscles larges et minces, dont les uns appartiennent plus particulièrement à l'anus, et les autres à la vulve; mais qui tous ont entre eux une connexion intime.

Des muscles du Périnée.

Ces muscles, que nous nous bornons à indiquer, sont au nombre de six de chaque côté; ils ont reçu leurs dénominations de leurs principaux points d'attache.

Le premier, le plus considérable de ces muscles, est le *sous-pubio-coccygien,* ou le releveur de l'anus, qui, de la face interne des pubis, ainsi que de leur branche inférieure, embrasse l'extrémité de l'intestin rectum et le coccyx.

Le second, que l'on pourrait considérer comme une portion du précédent, est l'*iskio-coccygien ;*

Le troisième, que l'on nomme *iskio-périnéal* ou *transverse*, se porte de la branche de l'iskium à la ligne médiane du périnée, où il entrecroise ses fibres avec celles des autres muscles;

Le quatrième, que l'on nomme *coccygio-anal* ou *sphincter* de l'anus, embrasse principalement le pourtour de l'anus.

Le cinquième provient de la tubérosité de l'iskium, et se termine aux branches ou racines du clitoris; ce qui le fait nommer *iskio-sous-clitorien.*

Enfin, le sixième, que l'on nomme *périnéo-clitorien* ou *constricteur du vagin*, s'étend de la ligne médiane du périnée au corps du clitoris, et dans sa contraction tend à resserrer l'orifice du vagin.

ARTICLE VIII.

De l'Utérus et de ses dépendances.

Les parties internes qui servent à la génération sont le vagin, l'utérus et ses annexes, c'est-à-dire, les ovaires, les trompes, les cordons sus-pubiens, les cordons cervico-utéro-sacrés; et comme dans l'ordre naturel, l'uté-

rus, s'il n'est l'organe principal de la conception, est celui de l'incubation, de la nutrition du fœtus, celui qui concourt le plus efficacement à l'accouchement, qui éprouve les plus grands changemens dans la grossesse, il faut en considérer avec soin la forme, la situation, la texture, les connexions ou rapports avec les parties voisines.

SECTION PREMIÈRE.

Situation de l'Utérus.

Considéré dans la fille adulte, l'utérus est un petit organe creux, d'une couleur blanchâtre, d'un tissu compacte, situé dans l'excavation pelvienne, à l'extrémité du vagin, entre la vessie et l'intestin rectum : il est recouvert par le péritoine qui forme à son pourtour divers replis ou prolongemens, que l'on désigne ordinairement sous le nom de ligamens de l'utérus, et dont il sera fait mention plus loin.

SECTION II.

Forme de l'Utérus.

Selon quelques physiologistes, chez l'embryon femelle des premières semaines de la conception, l'utérus serait divisé sur sa longueur en deux tubercules latéraux qui, se rapprochant par la suite, ne formeraient plus qu'un seul corps creux surmonté de chaque côté de deux angles vermiculaires, de deux espèces de cornes, rudimens des trompes. Nous avons bien trouvé sur plusieurs embryons humains, de vaches et de brebis, deux tubercules ronds blanchâtres, situés un de chaque côté des vertèbres lombaires, mais il était impossible d'en apprécier la nature et la destination; si en effet le développement des parties génitales dépend d'un certain état de perfection des organes urinaires, ces tubercules blancs pouvaient bien n'être

encore que les reins (1). Nous avons trouvé aussi les parties externes ouvertes chez ces embryons, depuis la racine du cordon ombilical jusqu'à l'anus, sans pouvoir distinguer rien qui pût se rapporter à un sexe plutôt qu'à l'autre. Cependant la division que dans quelques cas on remarque sur ces parties à une époque plus avancée, telle que celle de l'utérus en deux lobes distincts, celle du vagin en deux canaux équilatéraux, celle du scrotum dans les mâles; les lignes médianes, toujours si apparentes sur l'utérus, sur la face interne de son col, sur celle du vagin, sur les tégumens du périnée et sur ceux de l'abdomen, indiqueraient en effet une séparation primitive originaire, et la réunion subséquente de ces parties.

Nous avons consigné les remarques que nous avons faites depuis, dans un nouvel ouvrage sur *les Maladies de l'Utérus*; et dans celui-ci à l'article : *OEuf humain.*

Dans la petite fille née à terme, l'utérus droit, cylindrique, n'a guère dans son corps qu'une ligne ou deux de longueur : c'est le col qui forme la presque totalité de l'organe : large, gros, épais, mou, blanchâtre, son orifice béant est rempli de mucosités transparentes. La ligne médiane de sa face interne est remarquable par la saillie qu'elle fait sur chacune de ses parois : les nombreuses rides qui se dessinent à sa surface, indiquent leur destination ultérieure; les ovaires sont allongés, vermiformes, d'une couleur rougeâtre, et sont, ainsi que les trompes; situées au dessus du détroit abdominal, sur chacun des muscles psoas, avec lesquels ils sont en rapport. Le vagin

(1) Nous avons vu avec mademoiselle *Legrand*, sur un enfant à terme qu'elle avait reçu, les deux reins hydatideux du volume du poing, et chez lequel les organes de la génération n'étaient point développés : dans un autre cas observé par nous, l'enfant nouveau-né était totalement privé du rectum; l'utérus et le vagin formaient chacun deux cavités distinctes.

est droit, rugueux; les follicules muqueux et sébacés fournissent une sécrétion quelquefois abondante d'une matière glaireuse et tenace.

Lorsque toutes les autres parties du corps ont pris le degré d'accroissement dont elles sont susceptibles, l'utérus augmente de volume; son corps est plus large, plus épais, son fond plus arrondi, sa forme est mieux dessinée; elle a été comparée à un flacon, à une calebasse, à une poire; mais pour en avoir une idée plus exacte, il faut le considérer comme un conoïde (1) déprimé sur deux faces opposées, allongé, arrondi à sa petite extrémité; ce qui donne à cet organe une figure à peu près triangulaire analogue à celle du sacrum, dont il suit la direction.

D'après cette forme, on distingue à l'utérus; 1° *deux faces* : l'une antérieure ou *pubienne* légèrement convexe, qui appuie sur la vessie et correspond aux pubis; l'autre postérieure ou *sacrée*, plus convexe, plus saillante, correspond à l'intestin rectum et au sacrum; 2° *trois bords;* l'un, supérieur, convexe, arrondi, le plus épais, le plus court, que l'on nomme le fond de l'utérus, et deux latéraux, qui sont les plus longs; 3° *trois angles;* deux supérieurs, l'un à droite, l'autre à gauche, d'où naissent les trompes et que l'on désigne sous le nom d'angles *tubaires;* un inférieur, vaginal, arrondi, obtus, qui s'enfonce dans le vagin et y forme une saillie sur laquelle on remarque une ouverture oblongue, transversale, bordée de deux lèvres arrondies, que l'on désigne sous le nom de *museau de tanche*, et que d'après *Chaussier*, nous nommerons *orifice vaginal de l'utérus*.

On divise encore, pour l'étude, l'étendue de l'utérus en *corps*, ou partie moyenne, et en *col*, qui est la portion

---

(1) Corps de la forme d'un cône; un pain de sucre a la forme d'un cône allongé.

inférieure; elle a une forme allongée cylindroïqne, et s'ouvre dans le vagin comme il vient d'être indiqué.

SECTION III.

Dimensions de l'utérus.

Mesuré dans son intégrité, l'utérus a près de *trois pouces* de longueur; sa plus grande largeur est de *deux pouces* et quelques lignes; sa plus grande épaisseur est à peu près de *huit lignes ;* enfin l'épaisseur de ses parois est généralement de *quatre lignes*, à l'exception cependant des angles supérieurs qui sont beaucoup moins épais.

Dans l'état ordinaire, la cavité de l'utérus est très peu considérable, ses parois se touchent presque par leur surface interne, et ne sont séparées que par un léger enduit de sérosité muqueuse et la perspiration qui s'y fait continuellement. On divise l'étendue de cette cavité en deux portions distinctes par leur forme, leur situation : l'une, supérieure, circonscrite en haut par le fond de l'utérus, formée dans l'épaisseur de son corps, est triangulaire; ses deux angles supérieurs sont aigus et se terminent à l'orifice des trompes; l'inférieur se continue avec la cavité du col : celle-ci, espèce de canal fusiforme (de la forme d'un fuseau) un peu plus large dans son milieu qu'à ses extrémités, a environ *douze à quinze lignes* de longueur. D'après cette disposition remarquable, on distingue au col deux orifices : l'un supérieur ou interne, qui communique dans la cavité de l'utérus, et l'autre inférieur ou vaginal.

SECTION IV.

Rapports de l'utérus.

Intimement uni à l'extrémité du vagin, l'utérus, comme

on l'a déjà dit, est situé entre la vessie et l'intestin rectum, et au-dessous des circonvolutions que forme l'intestin grêle. Le péritoine y adhère d'une manière plus ou moins serrée, et forme à son pourtour des replis ou prolongemens plus ou moins extensibles; mais indépendamment du péritoine, membrane commune à tous les organes de l'abdomen, il en existe encore une autre qui appartient exclusivement à l'utérus et dont nous parlerons bientôt. Ainsi, la situation de ce viscère n'est point fixe et constante; elle varie selon l'état de plénitude ou de vacuité des organes adjacens, et même dans les diverses situations du sujet.

Quoique placé dans la direction de la ligne médiane du corps, l'utérus est presque constamment incliné à droite; ce que l'on pourrait attribuer à la disposition de l'intestin rectum, à la circonvolution iliaque du colon, au degré de force et d'énergie que l'on observe généralement au côté droit du corps, et auquel participe peut-être le cordon sus-pubien de ce côté. Quoi qu'il en soit, dans l'état ordinaire, la paroi antérieure de l'utérus est appuyée sur la vessie; son fond est obliquement en devant; son col en arrière et en bas, forme avec le vagin un angle rentrant, disposition qu'il faut attribuer aux ligamens postérieurs de la matrice, et qui se remarque spécialement lorsqu'on examine la femme debout. La distension de la vessie ou de l'intestin rectum, la pression exercée par la réplétion de l'intestin grêle, les attitudes, apportent dans la position de l'utérus des changemens qu'il est facile d'apprécier (*voy.* pl. n° 10).

SECTION V.

De la structure de l'utérus.

Il est difficile, quelquefois impossible, de déterminer d'une manière positive la nature du tissu de l'utérus dans

l'état de vacuité. Au premier aspect, on n'aperçoit partout qu'une substance blanchâtre qui, par sa couleur, sa consistance, semble, à l'orifice vaginal, approcher du cartilage : au corps et au fond de l'utérus sa couleur est rosée, sa face interne est plus molle, et on remarque dans son épaisseur le trajet de rameaux vasculaires.

Mais dans quelques cas particuliers, tels qu'à la suite d'une suppression menstruelle, à une époque récemment passée ou prochaine de cette excrétion sanguine chez les femmes jeunes, l'utérus est plus volumineux, d'un rouge vif, d'un tissu plus souple, et laisse apercevoir à travers les membranes qui le recouvrent les divers plans fibreux que nous avons remarqués à différentes époques de la grossesse, et dans certains cas d'affection de l'organe. Après une macération de quelques jours, on parvient à dépouiller l'utérus de ses membranes, et l'on remarque sur chaque face de cet organe *six faisceaux fibreux*, trois à droite et trois à gauche de chaque paroi, et un autre vertical qui forme la ligne médiane.

Le plan vertical ou médian, qui s'étend depuis le contour du fond jusqu'au bas du corps de l'utérus, présente des fibres longitudinales.

Chacun des autres plans fibreux semble prendre naissance de la ligne médiane (*voy.* pl. 11, fig. 1).

1°. Sur le milieu du fond de l'utérus deux faisceaux de fibres, un de chaque côté, s'étendent transversalement sur le contour du fond jusqu'aux angles supérieurs, où ils se replient en forme de tubes ou de tuyaux qui s'isolent et se prolongent pour former, ou concourir à former l'appendice de l'utérus désigné communément sous le nom de trompes de Fallope.

2°. Au-dessous de ce premier plan de la face antérieure, deux autres plans plus larges, qui occupent la moitié supérieure du corps de l'utérus, vont, de la ligne médiane,

se rendre horizontalement de chaque côté, et un peu en devant de l'angle tubaire, pour se réunir à d'autres plans de fibres, et former là l'origine du ligament rond ou cordon sus-pubien.

3°. Au tiers inférieur de la ligne médiane, deux autres plans de fibres se dirigent obliquement de bas en haut en s'écartant sur les côtés de l'utérus; une portion de ce faisceau va se réunir au trousseau de fibres des cordons sus-pubiens, et l'autre va se confondre et s'enlacer avec les fibres transverses des régions postérieures de l'organe.

1°. Sur la *paroi postérieure de l'utérus*, la disposition des plans fibreux est à peu près la même que sur la paroi antérieure : le plan médian, plus saillant que celui de la face antérieure, présente également dans sa disposition des fibres longitudinales (*voy.* pl. 11, fig. 2).

2°. Les plans fibreux de la région supérieure s'étendent en travers, en partant de la ligne médiane jusqu'à l'origine des trompes, et un peu au-dessous, où ils se réunissent pour se rendre aux ovaires dont ils forment le cordon ou ligament.

3°. Au-dessous est un autre plan qui remonte obliquement de bas en haut, et se divise, en s'éloignant de leur point de départ, en deux portions : l'une, supérieure et latérale, se contourne sur le côté, et va se réunir en devant aux cordons sus-pubiens ; l'autre s'épanouit en forme d'aileron pour se rendre à la base de l'ovaire.

4°. A l'extrémité inférieure de la ligne médiane dans la région moyenne extérieure du col, deux autres faisceaux qui se composent d'une portion des fibres de la ligne médiane du col, s'écartent l'un de l'autre de quelques lignes, s'isolent, vont s'attacher sur les bords latéraux de la région moyenne du sacrum, et forment les ligamens postérieurs de la matrice ; cordons très-solides qui ne cèdent qu'à de très grands efforts pour les rompre.

Les divers plans fibreux que nous venons de décrire changent de direction dans l'utérus chargé du produit de la conception ; il existe encore d'autres plans musculaires qui ne sont appréciables que dans l'état de grossesse, avant que l'utérus ait exercé sa propriété contractile.

Après l'accouchement, ces plans fibreux présentent encore des différences très-remarquables dans leur disposition. De cette variété d'aspects est résultée cette foule d'opinions diverses sur la texture de l'utérus et sur la nature et la disposition de son tissu (1).

Dans la cavité de l'utérus à l'état de vacuité, outre les orifices perspiratoires d'une extrême ténuité, on remarque une ligne quelquefois déprimée, d'autres fois saillante, qui en partage la longueur en deux parties égales, l'une à droite et l'autre à gauche : sur cette ligne médiane, plus remarquable à la face postérieure qu'à l'antérieure, aboutissent plusieurs ramifications obliques qui lui donnent une forme palmée.

Nous avons eu l'occasion d'examiner plusieurs fois l'utérus de jeunes filles mortes à l'époque des règles : la face interne de cet organe était couverte d'une couche de sang d'un rouge vif; il s'en échappait en gouttelettes nombreuses par la compression de l'organe ; mais nous n'avons jamais vu le sang s'échapper de la surface muqueuse du vagin, jamais de l'intérieur du col de l'utérus; quelquefois de la face interne des trompes dans quelques cas de maladies de ces tubes utérins. Si partout on retrouvait la même membrane, à l'époque des règles, le sang s'échapperait éga-

(1) Dans le Mémoire que nous avons présenté à l'Académie royale de Médecine, en octobre 1821, sur la *structure de l'utérus*, nous avons rapporté les opinions des nombreux auteurs qui se sont occupés du même objet. Nous y avons joint des observations cadavériques, plusieurs dessins et une pièce anatomique.

lement de toutes ces surfaces à la fois. Il est bien démontré pour nous maintenant, qu'à moins d'une affection morbide des autres parties ou annexes de l'utérus, la cavité seule du corps de cet organe est le siége de l'écoulement du sang menstruel (1).

La cavité du col de l'utérus, séparée de celle de son corps par un rétrécissement que l'on désigne sous le nom d'orifice interne, présente des particularités très-importantes à connaître, si l'on veut avoir une idée de ce qui se passe dans la grossesse pendant le travail de l'accouchement, et dans un grand nombre de cas d'affection de cet organe. Nous avons vu à l'autopsie, chez la femme qui n'a point été mère, cette cavité du col de l'utérus longue de 12 à 15 lignes, et quelquefois plus. On remarque sur chacune de ses parois une ligne médiane saillante, qui prend naissance au bord de chaque lèvre de l'orifice externe, et se confond avec celle de la cavité du corps de l'utérus qui lui correspond.

Ces deux lignes médianes du col utérin sont formées de la réunion de plusieurs feuillets parallèles très-minces, fortement rapprochés les uns des autres. De cette espèce de tige médiane naissent, dans toute sa longueur et de chaque côté, des replis nombreux, profonds, disposés les uns au-dessus des autres : ces replis sont plus rapprochés, plus serrés vers les orifices qu'au milieu de la hauteur du col.

Aux extrémités des replis arboriformes de la tige médiane, on observe deux replis longitudinaux, situés de chaque côté du col, et qui règnent dans toute sa longueur; de sorte que les replis transverses, d'environ trois lignes d'étendue, forment, à l'égard des lignes verticales, des espèces d'échelons obliques de chaque côté de la ligne mé-

---

(1) Voyez le *Traité-pratique des maladies de l'utérus*, de madame Boivin et M. Dugès.

diane ; cette disposition, qui ressemble à celle des barbes d'une plume à écrire, est moins marquée chez les femmes qui ont eu des enfans : on lui a donné le nom d'*arbre de vie*.

Dans la grossesse récente il existe encore des replis, ou froncis irréguliers; les uns se montrent en partie à la surface ; les autres, tout-à-fait cachés derrière les replis transverses, ne se découvrent qu'avec la pointe fine d'un stylet, et mieux encore, si la pièce est placée dans l'eau. La multiplicité de ces replis, la disposition complexe des uns, la régularité des autres, excitent à la fois l'étonnement et l'admiration. Cette portion de l'utérus (*le col*), considérée par les Anglais comme le *sphincter* de cet organe, renferme dans un très-petit espace les matériaux d'un développement immense; et ce développement ne devait s'opérer que lentement et progressivement, pour la sûreté des corps contenus dans sa cavité.

En effet, le col, à lui seul, forme plus du tiers de la cavité de l'utérus à l'époque de la grossesse à terme, et ces froncis du col sont d'autant plus multipliés et plus profonds que la femme est plus jeune et primipare ; c'est-à-dire que la multiplicité de ces replis est en raison de la capacité, de la solidité du tissu extérieur du col, dont il est difficile d'apprécier la nature. *Chaussier* comparait ce tissu à celui du cartilage; mais nous lui trouvons plus d'analogie avec les tendons.

C'est à la vascularité plus grande de ce tissu, quel qu'il soit, à son ramollissement, à l'écartement des fibres qui le composent, que l'on doit attribuer d'abord l'allongement du col dans les premiers mois de la grossesse; le développement, l'effacement progressif et presque total de ses replis pendant le reste du temps de la gestation et le travail de l'accouchement. Le col s'allonge également dans tous les cas qui déterminent l'afflux sanguin dans l'organe, un

polype, les tumeurs développées dans les parois utérines, produisent cet effet, sans que pour cela son orifice vaginal proémine davantage, parce que le développement s'opère au-dessus du museau de tanche, comme dans le cours des huit premiers mois de la grossesse.

Ce mode de développement du col de l'utérus semble être oublié ou inaperçu de la plupart des écrivains sur les accouchemens. Ils ne cessent de parler de l'orifice *interne* dans les derniers mois de la grossesse; ils oublient que l'orifice interne est complètement effacé depuis long-temps; que l'orifice externe de l'utérus, dont les bords sont alors plus ou moins épais, ne peut plus être considéré comme *le col*, mais bien pour ce qu'il est réellement dans cette circonstance, c'est-à-dire l'orifice externe utéro-vaginal; et quand il se présente sous la forme de la cupule d'un gland de chêne ou d'un dé à coudre, le fond de cette ouverture n'est point l'orifice interne, mais seulement *le bord* interne de *l'orifice* externe.

La ligne de démarcation semble si bien établie entre le col et le corps de l'utérus, sous le rapport de leur texture et de leurs fonctions, qu'il est rare que les deux parties de l'organe soient affectées en même temps et de la même manière : c'est surtout ce que l'on remarque dans les cas d'ulcération du museau de tanche et du col.

C'est dans la profondeur des replis internes du col de l'utérus que se trouvent ces petites concrétions globuleuses qui ont été désignées sous le nom d'œufs de *naboth.* Quelquefois ces concrétions sont en assez grand nombre pour obstruer les replis du col et donner lieu à des changemens dans la nature et dans la quantité des sécrétions de cette partie de l'utérus.

La difficulté de la dilatation du col, la longueur du travail chez les primipares d'un âge déjà avancé, est beaucoup plus souvent occasionnée par l'agglutination des fron-

cis de l'orifice, par la présence des concrétions qui s'y sont développées, des follicules qui, dans ce cas, ne fournissent que peu ou point de mucosités propres à faciliter la dilatation du col, du vagin et de la vulve, qu'à la rigidité proprement dite du tissu de cet organe.

C'est surtout au bord de l'orifice externe du col, au point où se termine la muqueuse du vagin, que l'on rencontre de ces follicules muqueux qui ont quelquefois le volume d'un grain de millet, d'un grain de chenevis, et parfois acquièrent le volume d'une grosse aveline, qui forment en s'allongeant une espèce de tumeur pédiculée, remplie d'une humeur filante, tumeur qui pourrait bien être l'origine de polypes muqueux dont nous avons rencontré plusieurs cas depuis la publication de notre traité des maladies de l'utérus.

Quelquefois les concrétions du col utérin s'accompagnent d'ulcérations à l'intérieur du col, sans qu'il se fasse remarquer pour cela la moindre altération dans la forme ni dans le volume de l'orifice utéro-vaginal.

SECTION VI.

Des ligamens de l'utérus.

Attachée d'une manière serrée sur les régions supérieures de l'utérus, le péritoine nous avait paru beaucoup plus épais en cet endroit de ce viscère que partout ailleurs. Mais dans le nombre des préparations que nous avons fait subir à cet organe dans le cours de nos recherches, nous avons remarqué que la membrane péritonéale, très-fine, très-transparente, était fortement adhérente à une *seconde* membrane très-solide, d'un tissu très-serré, beaucoup plus épaisse que la première.

Cette tunique *fibro-celluleuse*, que nous nommerons utéro-sous-péritonéale, forme une espèce de sac qui enve-

loppe l'utérus, y est fortement adhérente, comme nous venons de le dire, sur son fond et sur sa ligne médiane. C'est elle qui maintient les plans fibreux extérieurs de l'utérus dans leur situation, dans leurs rapports respectifs : par sa résistance, par ses nombreux points d'adhérence, elle s'oppose au développement irrégulier ou trop rapide de ce viscère.

Telle est au moins l'opinion que nous avons conçue des propriétés de cette envèloppe utérine, d'après les phénomènes qu'elle nous a offerts en différentescirconstances; et toutes les fois que nous avons pu parvenir, après de longues macérations de l'organe, à le dépouiller de cette membrane *fibro-celluleuse*, soit à l'état de grossesse ou de déplétion récente, après une macération plus ou moins longue, le tissu de l'organe s'allongeait indéfiniment dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Cette tunique fibro-celluleuse forme plusieurs replis ou prolongemens qui servent de gaines aux cordons antérieurs et postérieurs de l'utérus, et peut-être aussi aux trompes et aux cordons des ovaires. Les petits cordons ou replis qui se portent de la face antérieure de l'utérus à la face postérieure de la vessie, paraissent être également le produit de cette tunique; elle se prolonge sur la face extérieure du col, qu'elle embrasse encore plus étroitement que le corps de l'organe, et s'étend sans interruption sur toute la longueur de la face externe du vagin jusqu'à son orifice externe ou vulvaire.

D'après cette disposition, que nous avons reconnue sur l'utérus à diverses époques de la gestation, il est aisé de voir qu'il est pourvu de véritables ligamens, d'attaches plus solides que celles qui lui seraient fournies par les simples et frêles plicatures du péritoine.

Adhérent sur les régions supérieures et postérieures de l'utérus, le péritoine forme sur les côtés de cet organe, à

droite et à gauche, un large repli dont le bord divisé en deux portions, que l'on désigne sons le nom d'ailerons, renferme dans son épaisseur les ovaires et les trompes; il partage par cette disposition transversale l'excavation du bassin en deux portions; l'une antérieure, qui contient la vessie, et l'autre postérieure, qui comprend l'intestin rectum.

Ces deux replis latéraux, que l'on nomme *ligamens larges,* sont formés par l'adossement de deux lames du péritoine, et réunis par un tissu lamineux susceptible d'une grande extension.

En se portant de la face postérieure de la vessie sur l'utérus, le péritoine forme deux replis pour embrasser les deux petits *ligamens antérieurs :* il se replie également sur les deux cordons sus-pubiens, mais d'une manière très-lâche, tandis qu'il adhère très-fortement au repli semi-lunaire des cordons postérieurs de l'utérus.

Ces replis du péritoine, nous le répétons, ne sauraient être considérés comme des ligamens, comme des moyens propres à affermir la situation de l'utérus; ils ne servent qu'à maintenir dans une direction convenable les vaisseaux qui se rendent aux annexes de cet organe, à conserver les trompes et les ovaires dans leurs rapports naturels pendant la grossesse, et à permettre à l'utérus tout le développement dont il est susceptible. Nous ne pouvons terminer ces détails sur le péritoine sans faire remarquer que cette membrane ne recouvre point toute la surface postérieure de la vessie; la portion la plus inférieure de cet organe touche immédiatement la partie antérieure et supérieure du vagin; aussi, à la suite d'un accouchement très-long, il se forme, à la partie inférieure de la vessie et à la partie correspondante du vagin, une escarre qui, lorsqu'elle se détache, laisse passer l'urine par ce canal, d'où il résulte une fistule urinaire.

SECTION VII.

Des Ovaires.

Ce sont deux corps blanchâtres, ovoïdes, situés sur les côtés de l'utérus dans l'épaisseur du grand repli du péritoine. Par leur extrémité interne, les ovaires sont attachés à l'angle supérieur et au bord latéral de l'utérus par un petit cordon et une espèce d'aileron fibreux formé par le prolongement des fibres transverses et obliques de la paroi postérieure de l'organe ; cette réunion de fibres, qui forme un véritable ligament, se prolonge au-delà de l'extrémité externe de l'ovaire, par un cordon court de cinq à six lignes de longueur, et s'attache au bord extérieur du pavillon de la trompe : ce cordon sert de soutien et de conducteur à quelques-uns des ramuscules vasculaires, et des filets nerveux qui se rendent à l'ovaire, et de là au fond de l'utérus.

Le corps de l'ovaire a environ quinze lignes de longueur sur sept à huit d'épaisseur ; son tissu blanchâtre, compacte, est parsemé d'un grand nombre de ramuscules vasculaires très-fins. Souvent on remarque dans leur tissu, et surtout près de leur surface, de petites vésicules albumineuses incolores, que depuis *Stenon* l'on a considérées comme des œufs ou des germes, mais qui du moins sont absolument nécessaires pour la génération. En effet, la fécondité cesse entièrement par la soustraction ou la maladie des ovaires. Quoique nous ayons rencontré des cas d'hydropisies naissantes, d'hydatides et d'affections squirrheuses des deux ovaires chez des femmes mortes en couches, nous ne doutons nullement que la maladie ne fût postérieure à l'époque de la conception ; ou si l'affection avait précédé la grossesse, elle ne résidait que dans l'un des ovaires.

Quelquefois on remarque sur l'ovaire des corps jaunes

à l'extérieur, que l'on considère comme le résultat de la conception.

SECTION VIII.

Des Trompes utérines.

Les trompes sont deux longs tuyaux membrano-fibreux, mous, flexueux, qui, formés en partie par le prolongement des fibres transverses du fond de l'utérus, se portent de l'angle supérieur de cet organe à l'ovaire, et y sont fixés comme nous l'avons dit précédemment. Ces tuyaux, situés dans l'épaisseur de l'aileron antérieur du péritoine, n'ont point la même forme, la même capacité dans toute leur étendue ; leur extrémité du côté des ovaires est évasée, flottante en quelque sorte dans l'abdomen, et garnie dans son pourtour d'un grand nombre de petits lambeaux charnus; l'orifice du pavillon de la trompe, qui a deux ou trois lignes de diamètre, est sillonnée par des scissures nombreuses, longitudinales, qui deviennent d'autant plus profondes et plus larges qu'elles s'éloignent davantage de leur centre ; elles se terminent par de longues découpures qui forment ces languettes charnues auxquelles on a donné le nom de *morceau frangé*. On remarque sur le bord libre de chaque languette de nombreux filets charnus, semblables à ceux que l'on observe aux bords libres des branchies des poissons : cette disposition s'étend jusqu'à l'orifice du pavillon.

On rencontre quelquefois une ou deux de ces franges attachées sur l'ovaire, et adhérentes au point de ne pouvoir les séparer sans les rompre ; cette disposition a donné lieu de croire que dans l'acte fécondant deux de ces franges, qui, comme le reste de la trompe, jouissent d'une propriété contractile, faisaient l'office de deux doigts pour embrasser, détacher la vésicule fécondée, et la porter dans l'orifice du pavillon, pour être transmise ensuite, par le

mouvement vermiculaire du canal, jusque dans la cavité de l'utérus.

Toute fondée que paraisse cette opinion, elle n'est guère propre à rassurer sur le sort de l'œuf fécondé, confié à une ou deux de ces franges; il semble que l'ovule serait plus en sûreté si tout le pavillon de la trompe s'en mêlait : nous avons quelques raisons de croire qu'il pourrait bien en être ainsi.

Sur plusieurs centaines de femmes mortes, nous avons presque constamment trouvé les franges de la trompe absolument libres. Quand nous avons rencontré de ces languettes adhérentes, cette disposition nous a paru être plutôt le résultat d'une inflammation qu'un effet naturel, ou la conséquence d'une coïtion productive, puisqu'elle s'est montrée sur des filles vierges.

Sur une jeune fille morte enceinte de six à sept semaines, nous avons vu le pavillon de la trompe gauche recourbé sur l'ovaire, le couvrant en totalité; ces franges l'entouraient de toutes parts, elles y étaient pour ainsi dire cramponnées. Elles avaient contracté de fortes adhérences, qui certainement étaient le résultat d'une affection morbide; détaché avec soin, le pavillon nous a présenté dans son orifice un kiste membraneux, du volume d'une aveline, rempli d'une sérosité jaunâtre, couvert de ramuscules vasculaires d'un rouge vif. Nous ne saurions dire si ce phénomène à lieu dans tous les cas de copulation productive. Mais si le pavillon couvrait toute la surface de l'ovaire, comme dans le cas que nous venons de rapporter ; si son orifice, largement dilaté, faisait le vide à la manière d'une ventouse; qu'il attirât, détachât la vésicule et l'emportât avec lui quand l'orgasme vénérien a cessé, sans être à l'abri de tout danger, le germe serait moins exposé à tomber dans l'abdomen quu dans l'hypothèse généralement adoptée.

Quoi qu'il en soit, un peu au-dessus du pavillon, et dans le cours de son trajet, les parois de la trompe sont plus molles, sa capacité devient un peu plus grande; mais en approchant de l'utérus, ses parois prennent plus de fermeté et de consistance; sa cavité se rétrécit successivement, et son ouverture dans l'utérus ne peut admettre qu'un stylet très-fin; son tissu est tapissé intérieurement par une membrane perspiratoire, folliculeuse, parsemée d'un grand nombre de ramuscules vasculaires, qui se développent dans certains cas, comme dans les grossesses tubaires où le produit de la conception parvient à son terme normal.

SECTION IX.

Des Ligamens ronds ou Cordons sus-pubiens.

Ces deux faisceaux fibreux qui se font remarquer un peu au-dessous de la naissance des trompes sont formés par la réunion des deux plans de fibres transverses de la face antérieure de l'utérus, et par une portion du plan transverse de la face postérieure de cet organe: groupés de chaque côté supérieur, et un peu en devant de l'utérus, ces trois faisceaux réunis se recourbent en devant, se dirigent de chaque côté vers les anneaux sus-pubiens, passent par cette ouverture, se divisent ensuite, s'épanouissent sur les pubis où ils s'attachent.

Plus larges, plus épais du côté de l'utérus, ces cordons s'arrondissent et deviennent plus grêles en s'approchant des anneaux sus-pubiens. Pourvus d'une gaîne fournie par la tunique musculaire de l'utérus, qui, elle-même, est couverte du péritoine, ils sont accompagnés dans leur trajet par plusieurs ramuscules vasculaires qui vont se perdre dans le tissu graisseux des lèvres de la vulve et des parties adjacentes.

Ces cordons sont quelquefois le siége d'une inflammation

vive, de douleurs, de dépôts de matière purulente ou sanguine. D'autres fois, les veines variqueuses serpentent en grand nombre dans le trajet de ces cordons, et forment des tumeurs qui simulent une hernie crurale.

Ces cordons, considérés par *Ch. Bell* comme les tendons des muscles de la face extérieure de l'utérus, servent, pendant le travail de l'accouchement, à abaisser le fond de l'organe vers le centre de la cavité pelvienne. C'est ce que nous avons très-bien remarqué sur des femmes mortes enceintes : on dirigeait le fond de l'utérus à volonté, soit que l'on tirât sur l'un ou l'autre cordon, ou sur tous les deux à la fois.

Des Cordons postérieurs de l'utérus.

Ces deux espèces de tendons sont à peine indiquées dans les Traités d'anatomie et d'accouchemens, quoique *Ant. Petit* les ait signalées d'une manière particulière. Cependant leur composition, leurs fonctions, leurs rapports sont loin d'être dépourvus d'intérêt.

Formés par de petits faisceaux fibreux de la face externe et postérieure du col, recouverts par un prolongement de la tunique musculaire de l'utérus, et par un repli du péritoine, ces cordons décrivent une espèce de bride semi-lunaire qui est généralement désignée sous le nom de *repli recto-vaginal*, et qui se remarque entre la face postérieure de l'utérus et le sacrum ; le péritoine qui les recouvre se prolonge au-dessous, et forme entre ces deux cordons une espèce de cul-de-sac qui descend en effet jusqu'au tiers supérieur du vagin, pour remonter ensuite sur le rectum et sur la face interne du sacrum.

Ces cordons ne sont pas, comme on le croit généralement, formés par un simple repli du péritoine, mais bien par des faisceaux de fibres de la région moyenne et postérieure du col. Plus larges à leur base, légèrement appla-

tis, ils diminuent d'épaisseur à mesure qu'ils s'éloignent du col, en se recourbant de bas en haut, pour se porter vers les régions moyennes et latérales de la face interne du sacrum, où ils s'épanouissent et s'attachent d'une manière très-serrée : il entre également dans leur composition de petits ramuscules sanguins et lymphatiques, et plusieurs filets de nerfs qui vont se distribuer au col de l'utérus.

C'est, comme nous l'avons déjà dit, à la disposition de ces cordons, qu'il faut attribuer la direction postérieure du museau de tanche et l'angle rentrant qu'il forme en arrière avec le vagin : sans leur secours, l'utérus, à l'état de vacuité, serait dans un état constant de prolapsus, et la plupart des déplacemens de cet organe sont bien plutôt le résultat du relâchement ou de l'élongation de ces cordons que de celui du vagin.

L'extrémité inférieure du col étant ainsi rapprochée du sacrum, le fond de l'utérus se trouve incliné en devant, de la manière la plus favorable pour franchir le détroit abdominal du bassin dans les premiers mois de la conception. Antagonistes des cordons sus-pubiens, qui tendent à abaisser l'utérus en devant pendant les derniers mois de la grossesse, les cordons postérieurs, qui ont aussi augmenté de volume et de force, résistent à leur influence et maintiennent l'orifice externe du col dans l'excavation pelvienne.

Pendant les contractions de l'utérus, les cordons utéro-sacrés résistent à l'action qui se dirige sur l'orifice ; ils en retiennent le bord postérieur dans un état de fixité quelquefois absolu ; aussi trouve-t-on presque constamment, au début du travail, l'orifice utéro-vaginal très en arrière; il semble qu'il n'y ait d'abord que la lèvre antérieure de l'orifice qui s'étende et s'élargisse sous la contraction. Pendant les deux premiers stages du travail, ces deux cordons

produisent sur la paroi postérieure du col, l'effet que font, trop souvent mal à propos, les doigts impatiens de l'accoucheur ou de la sage-femme, pour ramener en avant le bord antérieur de l'orifice.

SECTION X.

Du vagin.

Ce canal musculo-membraneux, le vagin, est situé entre la vessie et l'intestin rectum. Ce n'est point, comme on a pu le croire, un organe isolé, un tuyau qui vient *embrasser* le col de l'utérus : il est formé, comme nous l'avons dit, par le prolongement de la tunique utéro-sous-péritonéale, qui, très-épaisse, très-serrée à la surface extérieure du col, s'étend d'une manière plus lâche dans toute la longueur du vagin, jusqu'à son orifice externe.

Le vagin n'a point d'orifice interne qui lui soit propre; son extrémité utérine n'est interne que par opposition à son extrémité vulvaire. Son orifice interne est celui du museau de tanche; le fond du vagin n'est resserré sur le col qu'autant que le col lui-même est resserré : ils ne se dilatent jamais l'un sans l'autre, parce que l'orifice interne du vagin et l'orifice externe de l'utérus ne font qu'un seul et même orifice; c'est ce que l'on remarque très-bien sur l'utérus dans l'état de déplétion récente. L'extrémité vaginale du col ne doit sa forme mamelonnée qu'aux bords rentrans de son orifice et à la disposition de la *membrane interne* du vagin.

Cette membrane interne, molle, humide, perspiratoire, présente un grand nombre de rides ou rugosités principalement disposées en travers, plus rapprochées, plus multipliées à la paroi qui correspond à l'urètre, et aux pubis. Le nombre et la disposition de ces rides dépendent du mode d'adhérence de cette membrane avec la membrane muscu-

laire, et de l'état de tonicité et de relâchement de cette dernière membrane.

Cette disposition de la paroi antérieure du vagin est nécessaire, 1° pour faciliter le développement de la vessie qui, dans un état de distention considérable, entraîne avec elle le vagin. Ce canal est adhérent à la paroi postérieure de la vessie par un tissu lamineux très-lâche qui lui permet de s'allonger et de s'étendre selon les besoins de l'organe urinaire.

L'abondance du tissu cellulaire qui se trouve entre la paroi postérieure de la vessie et la face antérieure de l'utérus est encore indispensable pour faciliter l'isolement de ces deux organes dans le cas de grossesse. Si les rapports de connexions de ces deux viscères étaient plus intimes une fois que le col de la matrice, enveloppant la tête du fœtus, viendrait à s'engager dans l'excavation du bassin et qu'elle en occuperait toute la capacité, l'urine ne pourrait plus arriver dans la vessie ou, au moins, ce liquide ne pourrait plus y séjourner; lorsque cette portion de l'utérus est ainsi engagée dans l'excavation, comme il arrive encore assez souvent dans le cours du dernier mois de la grossesse, l'urine est évacuée à chaque instant.

On peut se rendre compte du degré de relâchement du tissu vesico-vaginal, par la distance où ce trouve souvent, dans l'état de grossesse à terme, le col et le fond de la vessie, relativement à la situation qu'affecte d'ordinaire cet organe dans l'état sain de vacuité de l'utérus.

L'abondance de tissu cellulaire dans le lieu dont il vient d'être mention, et les nombreux vaisseaux dont il est pénétré facilite également le développement de ces nombreuses rides de la paroi *antérieure* du vagin, l'agrandissement de la paroi antérieure du col de l'utérus, l'effacement de ces replis innombrables; enfin, c'est à cette laxité de tissu cellulaire qui entoure la vessie et le vagin qu'il faut attribuer

cette dilatation de la paroi antérieure du col, son élongation qui permet le plus souvent, à *elle seule*, d'envelopper la totalité de la tête du fœtus. Sans cette élasticité de tissu les ruptures du vagin, du col, de la vessie et celui de l'utérus seraient beaucoup plus fréquentes.

En général, chez les femmes d'une constitution lymphatique ou cachectique, les parois du vagin sont molles et lâches. Cette membrane interne, muqueuse, embrasse, *elle seule*, le museau de tanche, y est attachée à son pourtour, où elle forme de petits froncis extrêmement fins, se replie ensuite sur cette extrémité du col, et vient se terminer au bord de son orifice. On remarque aussi dans toute l'étendue de cette membrane plusieurs petits follicules; mais à son orifice externe, et dans l'épaisseur du tissu lamineux qui l'entoure, on trouve deux autres follicules muqueux d'une texture plus complexe, d'un volume plus considérable et qui fournissent quelquefois une sécrétion très-abondante, surtout pendant le coït.

Quelquefois ces follicules sont le siége d'une irritation qui donne lieu à une démangeaison insupportable et plus tard à une inflammation qui, par fois, présente un caractère suspect aux personnes peu au fait de l'existence de ces follicules, de leurs véritables fonctions et de l'affection dont ils sont le siége.

Les follicules muqueux situés à l'entrée extérieure du vagin, sont quelquefois si dilatés qu'ils ont été pris par des gens de l'art pour de petits ulcères fistuleux.

Chez les sujets dont le vagin n'a jamais été dilaté on remarque, à l'intérieur de ce canal, une ligne médiane déprimée, qui s'étend sur chaque paroi, depuis le milieu de l'orifice externe du col jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal (1).

---

(1) Cette disposition est plus manifeste encore quand on a tenu la pièce plongée pendant quelque temps dans l'alcool.

La direction du vagin est un peu oblique d'avant en arrière, à cause de la disposition des cordons postérieurs du col. Sa longueur est d'environ cinq pouces; sa largeur un pouce, son orifice vulvaire présente l'hymen dans les jeunes filles, et les caroncules vaginales dans les femmes mariées. Mais lorsqu'on examine la texture de cet orifice, on reconnaît qu'il est environné dans son pourtour par un tissu lamineux érectile, parsemé d'un grand nombre de ramuscules de vaisseaux sanguins qui forment un plexus que l'on désigne sous le nom de *plexus rectiforme*. On y reconnaît aussi des bandes musculaires qui, de la marge de l'anus et du périnée, s'étendent et se prolongent jusqu'au corps du clitoris, et que, d'après leur attache, on désigne sous le nom de *périnéo-clitoriens*.

La face externe antérieure du vagin est attachée à l'urètre, à la vessie et aux parties circonvoisines par un tissu lamineux, plus lâche, plus abondant qu'à sa paroi opposée. Sa face externe supérieure et postérieure n'est revêtue que par le prolongement de la tunique utéro-sous-péritonéale, et le péritoine qui forme en cet endroit une espèce de cul-de-sac où se glisse quelquefois une portion d'intestin. Une rupture en cet endroit du vagin conduit dans l'abdomen.

La face postérieure et moyenne du vagin est entièrement adhérente et comme confondue avec la paroi antérieure du rectum; elle forme la cloison recto-vaginale dont la perforation détermine une fistule stercorale par le vagin. Dans sa partie postérieure et inférieure, le vagin s'éloigne successivement du rectum, assez pour que, quelquefois, dans le cas de résistance de la vulve, l'enfant le déchire là, ainsi que le périnée, et sorte entre l'anus et la vulve (1).

(1) *Coutouly* rapporte trois exemples de cet accident, dont un s'est rencontré dans sa pratique (*Observations sur divers sujets*, pages 135 et suiv.)

SECTION XI.

Des vaisseaux sanguins des parties génitales.

Les parties génitales, tant internes qu'externes, ont un grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques, dont il importe de connaître les principales dispositions.

Les artères sont au nombre de quatre principales, et tirent leur origine de différentes branches plus considérables : les unes se distribuent aux ovaires, au corps de l'utérus; les autres au corps, au col de cet organe, au vagin et à la vulve.

1°. Les *artères des ovaires*, vulgairement les artères spermatiques, sont au nombre de deux, une de chaque côté; elles naissent de la partie antérieure de l'aorte, un peu au-dessous des rénales; greles, longues, elles forment une espèce d'anse sous le péritoine où elles se glissent, et en approchant des ovaires, elles se divisent en plusieurs rameaux très-fins; les uns pénètrent dans le tissu de l'ovaire, un autre forme un demi-cercle en se rendant aux trompes, et se porte ensuite au fond de l'utérus. Deux autres rameaux de l'artère ovarienne se réunissent en un tronc très-court qui s'ouvre dans la portion supérieure de l'artère utérine. Plusieurs de ces rameaux se rendent sur les cordons sus-pubiens.

2°. Les *artères utérines*, une de chaque côté, sont fournies par une branche du tronc pelvien ou hypogastrique. Elles sont situées dans l'épaisseur du péritoine, et forment dans leur trajet plusieurs sinuosités successives. Lorsqu'elles sont parvenues sur les côtés supérieurs du vagin, elles se divisent en deux rameaux principaux qui pénètrent sous la couche musculaire du vagin, et suivent les bords latéraux et le contour du fond de l'utérus où elles vont se perdre dans l'épaisseur de ses parois.

Dans l'état de vacuité de l'utérus, ces artères décrivent des zigs-zags très-rapprochés les uns des autres, sur l'angle desquels naissent des rameaux déliés qui pénètrent dans l'épaisseur du tissu de l'utérus, y forment des contours, des flexuosités, et se terminent ensuite par des ramuscules très-fins, dont les uns communiquent avec les veines, et les autres, plus ténus, forment à la face interne de l'utérus des orifices perspiratoires. Ainsi, le fond de l'utérus reçoit du sang des artères ovariennes qui prennent naissance de l'aorte; l'impulsion de ce fluide est plus forte, plus directe; aussi le fond de l'utérus est-il toujours plus rouge que le reste de l'organe. Ces ramuscules, si déliés dans l'utérus à l'état ordinaire, ont près d'une ligne de diamètre dans l'état de grossesse à terme.

Le col de l'utérus reçoit le sang d'une autre source; les artères iliaques ou pelviennes lui fournissent les deux branches de l'artère utérine: celles-ci, près des angles supérieurs de l'organe, reçoivent par anastomose le sang des artères ovariennes. Ce tronc commun se sous-divise en rameaux et ramuscules qui se distribuent aux régions supérieures de l'utérus.

Les ramuscules de l'extrémité inférieure de l'artère utérine ne se laissent pénétrer que par la quantité de fluide qui leur est nécessaire pour le développement et la dilatation progressive du col et du vagin dans l'état de grossesse.

3°. Les *artères vaginales*, une de chaque côté, sont souvent fournies par les artères utérines; d'autres fois elles proviennent de quelques-unes des branches du tronc pelvien. Elles se distribuent non seulement au vagin, mais encore au clitoris, et fournissent quelques rameaux au périnée et aux parties circonvoisines.

4°. Les *artères vulvaires*, vulgairement les artères honteuses, sont formées par l'artère crurale, peu après son passage sous l'arcade inguinale. Petites, quelquefois elles

sont au nombre de trois de chaque côté ; elles se distribuent principalement aux lèvres de la vulve, aux nymphes, et forment de fréquentes anastomoses avec les ramifications des artères vaginales.

Les *veines* accompagnent les artères dans leur mode de distribution. Les vaisseaux lymphatiques suivent le même trajet, et se rendent à quelques-uns de ces ganglions nombreux que l'on trouve disséminés aux aines, dans l'excavation du bassin et sur le corps des vertèbres lombaires.

SECTION XII.

Des Nerfs des parties génitales.

Les nerfs des organes génitaux sont en très-grand nombre. Ainsi que les vaisseaux sanguins de ces parties, les nerfs proviennent de deux sources différentes : les uns sont fournis par la portion abdominale du nerf trisplanchnique (1), dont les cordons, diversement unis entre eux, forment plusieurs plexus qui se distribuent aux ovaires, aux trompes et à l'utérus. Ces divers plexus forment, pour ainsi dire, un réseau nerveux dans lequel se trouvent enveloppées toutes ses parties. Elles en reçoivent la sensibilité et cette propriété contractile qui les caractérisent en diverses circonstances importantes.

1°. Des ganglions rénaux partent plusieurs filets de nerfs qui accompagnent et entourent les artères ovariennes : elles se portent avec elles aux trompes, s'y ramifient et vont se perdre dans le tissu du fond de l'utérus.

---

(1) *Trisplanchnique*, nom donné, par le professeur *Chaussier*, au nerf intercostal ou grand sympathique. Ce nerf, comme son nom l'indique, envoie des ramifications aux trois cavités principales du corps : à la tête, à la poitrine et dans l'abdomen.

2°. Un nouveau plexus, provenant des ganglions lombaires, envoie des filets de nerf aux parois postérieures et latérales de l'utérus.

3° et 4°. Le plexus sacro-lombaire se divise en deux autres plexus latéraux d'un certain volume à leur entrée dans le bassin. Situés au-devant des artères pelviennes, ils s'anastomosent avec plusieurs rameaux des ganglions sacrés, qui accompagnent les artères utérines.

5° D'autres rameaux nerveux s'enfoncent dans le bassin, et s'unissent avec d'autres filets de nerf qui viennent des deuxième et troisième ganglions sacrés.

6° Au plexus inférieur du bassin viennent se joindre des filets des troisième et quatrième nerfs sacrés : il se forme de la sorte un grand plexus entremêlé de ganglions nerveux. Ce plexus ganglionnaire donne naissance à un grand nombre de rameaux qui se rendent à la face antérieure de l'utérus, à son col, au vagin et à la vulve.

Par cette disposition des vaisseaux et des nerfs, les parties génitales ont un mode de circulation, de sensibilité d'action qui leur est propre, comme on le reconnaît spécialement par les phénomènes de la grossesse, de l'accouchement, par diverses affections sympathiques et par quelques genres de maladies.

ARTICLE IX.

Des changemens qui surviennent aux organes génitaux.

Nous avons considéré jusqu'à présent les organes génitaux de la femme adulte et dans l'état le plus ordinaire; mais ces organes éprouvent, par la grossesse et l'accouchement, des changemens qu'il importe de remarquer pour l'exercice de l'art; on y observe aussi quelques différences relatives à l'âge.

Ainsi, dans l'enfant naissant, l'éminence sus-pubienne

est peu marquée, les lèvres de la vulve sont courtes et écartées l'une de l'autre, les nymphes saillantes, le clitoris proéminent, l'orifice du vagin rétréci par un repli membraneux semi-lunaire; à cette époque, la cavité du bassin est très-petite, et ne contient encore qu'une partie des organes qu'elle doit renfermer par la suite. Mais, par les progrès de l'âge et le développement du bassin, les organes génitaux prennent peu à peu la position, la conformation que l'on observe dans la femme adulte. La nature est quelquefois troublée dans sa marche, dans le développement successif et graduel de ces organes : de là, différens vices de conformation ou altérations morbides que nous indiquerons en peu de mots.

SECTION PREMIÈRE.

Des vices de conformation des parties génitales.

On voit quelquefois chez la femme adulte les lèvres de la vulve allongées, flasques et pendantes; d'autres fois, les nymphes prolongées déborder les lèvres de la vulve; le clitoris acquiert une longueur, une grosseur plus ou moins considérable. D'autres fois on a trouvé les lèvres de la vulve agglutinées (1), soit par un vice de conformation première,

(1) Nous avons vu trois cas de cette nature : dans l'un, ce vice de conformation était l'effet d'une cicatrice à la suite d'une brûlure; la femme enceinte, à terme, est accouchée naturellement. L'autre femme, également enceinte, était une Égyptienne, qui avait été soumise à l'infibulation dans son enfance : on fit une légère incision sur la commissure inférieure de la vulve. La troisième était une négresse : on ne s'aperçut de cette disposition qu'après la mort; cependant elle était mariée; il paraît que la copulation s'opérait par erreur de lieu. Nous avons eu occasion de remarquer en août 1827, chez une femme de 75 ans qui avait été mariée aussi, une collision des grandes lèvres à la suite d'une affection herpétique survenue après la cessation des règles : elle n'avait jamais eu d'enfans.

soit par les suites d'une lésion accidentelle; et, au lieu d'être resserré par une membrane semi-lunaire, on a vu l'orifice du vagin entièrement fermé par une membrane plus ou moins épaisse, ou traversé sur sa longueur par une bande ou bride membraneuse; quelquefois aussi on a vu le vagin rétréci par plusieurs brides transversales, ou même entièrement oblitéré; d'autres fois on a vu le rectum s'ouvrir dans le vagin, ou bien le vagin s'ouvrir dans le rectum. Les écrivains rapportent divers cas où l'on a trouvé l'utérus bilobé ou partagé sur sa longueur en deux cavités. Dans le grand nombre d'enfans morts à la Maternité, on a rencontré plusieurs fois cette disposition. Dans quelques cas, la cavité était partagée en deux portions, au moyen d'une cloison intermédiaire, qui paraissait être formée par la soudure des deux lignes médianes de chaque paroi. Dans d'autres, le fond de l'utérus était partagé par un sillon profond, qui s'étendait même à sa surface; ainsi l'organe paraissait véritablement double. Dans ce cas, nous avons trouvé deux vagins accollés, qui quelquefois se terminaient à la vulve par un seul orifice, et d'autres fois par deux orifices distincts.

Récemment nous avons rencontré encore cette disposition chez une fille de trente-deux ans, morte d'une phthisie pulmonaire. Chaque lobe utérin, de figure piriforme, était du volume d'un utérus ordinaire, et étaient terminés par chacun un col, réunis sur leur longueur par leurs bords latéraux internes. Chacun de leur orifice externe était très-rapproché de la cloison vaginale qui les séparait. Chaque lobe, ou si l'on veut, chaque utérus, était situé horizontalement, l'un à droite et l'autre à gauche de la cavité du bassin, de manière à former un angle aigu avec chacun de leur col, qui étaient dans la direction ordinaire à l'égard de chaque vagin. Chaque utérus était terminé à son sommet par une seule trompe et un seul ovaire, d'un volume

et d'une dimension proportionnés à celui de chaque utérus. Un des vagins était beaucoup plus large, plus long que l'autre. Cette fille vivait depuis long-temps en femme mariée, et n'avait jamais eu d'enfans (1).

Nous avons trouvé chez une jeune fille de dix-neuf ans, non menstruée, morte dans un accès d'épilepsie, l'utérus replié en deux sur sa face antérieure, à laquelle disposition nous avons donné le nom *d'anté-flexion* de l'utérus. Nous avons rencontré depuis une douzaine de cas de *flexion* de l'utérus à l'état de vacuité, soit en avant, soit en arrière, *anté-flexion* ou *rétroflexion*. Nous avons trouvé une fois, avec *Chaussier*, l'utérus ne paraissant formé que d'une seule moitié, qui n'avait ni trompe, ni ovaire, ni cordon sus-pubien du côté droit. Enfin on a vu l'utérus et les ovaires manquer entièrement; outre ces dispositions et plusieurs autres analogues qui tiennent essentiellement à un vice de conformation première, les organes génitaux sont sujets à des déplacemens, à des concrétions, des excroissances, des tumeurs, des écoulemens de différentes

---

(1) Ce cas a fourni le sujet d'une thèse inaugurale soutenue par Cassan à la Faculté de médecine de Paris.

Ce jeune homme, un des élèves les plus distingués de la maison royale de santé, qui a succombé peu de temps après à une affection chronique des poumons, était déjà si gravement malade lorsqu'il s'occupait de son doctorat en 1826, que, pour lui éviter la peine de faire les recherches nécessaires pour sa thèse, je m'en chargeai. La thèse se trouva presqu'entièrement achevée avant que je m'en fusse aperçu.

J'avais réuni quarante-trois cas d'utérus double disséminés dans un grand nombre d'ouvrages et de journaux de médecine français et étrangers. L'examen de ces faits avait donné lieu de ma part à une dissertation sur les cas de superfétation dont un, entre autres, fort curieux, avait été observé par moi. (*Voyez : Recherches sur les cas d'utérus doubles*, chez *Baillière.*)

sortes et de diverses natures, qui font l'objet spécial de la pathologie.

Dans les femmes qui ont passé l'époque de la fécondité, et surtout dans celles qui sont parvenues dans un âge avancé, les organes génitaux perdent peu à peu leur forme, leur consistance, leur coloration, premières : l'éminence sus-pubienne s'affaisse, les lèvres de la vulve deviennent laxes ; l'utérus prend plus de densité, diminue souvent de volume et de poids. Toujours les ovaires à l'état sain se rapetissent, prennent quelquefois une consistance cartilagineuse, et leur surface présente plusieurs petits enfoncemens ou dépression qui paraissent être autant de cicatrices.

SECTION II.

Des changemens qui surviennent pendant la grossesse.

C'est particulièrement dans la grossesse, dans l'accouchement, que les organes génitaux éprouvent des changemens qui méritent une attention particulière dans la pratique. Pour bien saisir cet objet important, il faut considérer successivement les changemens que l'utérus éprouve dans sa situation, sa forme, son volume, sa texture, sa propriété, les changemens qui s'opèrent dans les parties environnantes, spécialement dans le bassin.

Dès les premiers instans de la conception, l'utérus, ainsi que ses annexes, éprouvent quelques changemens trop peu apparens sur le sujet vivant, pour pouvoir être déterminés d'une manière positive ; mais, dans les trois ou quatre premières semaines, après un coït productif, on trouve chez la femme morte dans cette circonstance l'utérus un peu plus volumineux, plus rouge, son tissu moins compacte, son col plus long, son orifice externe fermé. A l'intérieur, la cavité de l'utérus est tapissée d'une double membrane rouge, contenant quelquefois une vésicule membraneuse,

blanche, remplie d'un fluide muqueux, diaphane, incolore, et d'autres fois la vésicule est absente. Les replis du col sont plus écartés et remplis d'une humeur visqueuse très-tenace.

A la fin du deuxième mois, la paroi postérieure de l'utérus est très-arrondie, son tissu plus souple, ainsi que celui du col, qui présente près de *deux pouces* de longueur. C'est sans doute à cause de cet allongement que le col paraît alors plus enfoncé dans le vagin, plus rapproché de la vulve.

A la fin du troisième mois, l'utérus s'élève peu à peu ; son corps, parfaitement rond, offre un diamètre de deux pouces et demi en tous sens ; ses parois, plus colorées, *sont molles*, *minces*, très-compressibles ; son col est souple, particulièrement du côté de l'orifice interne. Le museau de tanche est plus élevé, plus en arrière ; le fond de l'utérus est au niveau du bord transverse des pubis et au-dessous de la saillie sacro-vertébrale. Cette disposition de l'utérus à cette époque de la grossesse a pu faire croire à une antéversion qui n'existait qu'en apparence. Ce mode de développemens de l'utérus dans cette direction est indispensable pour faciliter son ascension vers l'abdomen. En général, quand l'utérus est sain, que le rectum est vide, on trouve presque constamment le fond de l'utérus en arrière, lorsqu'on examine la femme dans l'attitude horizontale.

Dans le quatrième mois, l'utérus a environ trois pouces et demi de diamètre ; son fond excède de quinze à seize lignes le bord supérieur des pubis ; ses parois sont plus épaisses, mais très-souples. Chez le sujet vivant, lorsque les parois abdominales ne sont ni épaisses ni tendues, on peut reconnaître la forme et le volume du fond de l'utérus ; à cette époque de quatre mois le col est encore plus haut et plus incliné en arrière. Sur le cadavre, on remarque que

les replis qui avoisinent l'orifice interne du col se développent et s'étendent en longues nervures très-déliées de chaque côté de la région inférieure de la cavité utérine; les autres replis étant plus écartés dans le reste de la cavité du col, cette portion de l'utérus conserve la même longueur, quoiqu'elle se trouve alors plus élevée et plus en arrière du côté du vagin.

A la fin du cinquième mois, le fond de l'utérus approche la région ombilicale; le col continue de s'évaser du côté et au profit de la cavité utérine; son tissu continue de s'amollir dans sa région supérieure : il s'élève davantage et se porte en arrière.

A six mois, le fond de l'utérus se trouve à peu près à la hauteur de l'ombilic; l'extrémité vaginale du col commence à participer à l'état de relâchement qui s'est opéré successivement, jusqu'alors, du côté de son orifice interne; changement qu'il est impossible d'apprécier sur le sujet vivant, et qui est très-remarquable sur le cadavre.

A sept mois, le fond de l'utérus dépasse l'ombilic d'environ deux pouces : plus du tiers supérieur du col est développé, et fait alors partie de la région inférieure de la cavité de l'utérus; cette portion du col se fait distinguer sur le cadavre par une zone rosée, très-différente du rouge foncé du corps de l'utérus; la portion restante du col, plus blanche, plus grosse, plus lâche, présente encore *quinze lignes* de longueur. Que l'on se rappelle que nous parlons *du col,* et non de son orifice externe ou *museau de tanche,* qui, à cette époque, est un peu plus gros que dans l'état naturel, mais conserve encore sa longueur, qui est de *cinq à six lignes.*

A huit mois, le fond de l'utérus approche de la région épigastrique; encore plus mou qu'auparavant, le col offre dans sa portion inférieure une base plus large, quoiqu'il conserve encore plus d'un pouce de longueur.

A neuf mois, le fond de l'utérus, le plus souvent, s'abaisse au lieu de s'élever dans l'épigastre. Le col est entièrement développé; le museau de tanche est totalement effacé : il ne lui reste plus qu'à s'ouvrir. Cette portion inférieure de l'utérus forme ordinairement, à cette époque, une large tumeur qui se trouve plus basse, plus rapprochée de la vulve; ses parois s'amollissent encore, s'amincissent, et n'ont souvent qu'une ligne d'épaisseur.

Avant de passer outre, nous ferons remarquer que les divers degrés de développemens que nous venons d'assigner à l'utérus ne sont pas toujours en rapport exact avec le fœtus. Généralement, on ne pense pas assez qu'un fœtus de 7 mois de conception peut égaler en volume celui de 8 à 9 mois, puisqu'on voit des fœtus à terme et viables ne peser que 4 à 5 livres, tandis que d'autres pèsent le double de ce poids.

On néglige trop aussi les rapports du col de l'utérus avec le bassin. Il est bien certain que si l'orifice de l'utérus est très-élevé du côté du détroit supérieur, le fond de l'organe occupera aussi une région plus élevée du côté de l'épigastre.

SECTION III.

Dimensions de l'Utérus dans la grossesse à terme.

En s'élevant ainsi dans l'abdomen, l'utérus, comme on vient de le voir, perd peu à peu sa forme primitive; ses parois se relèvent graduellement, son corps s'arrondit, et l'on peut dire que, depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la fin du huitième mois, le col s'amollit, s'allonge, se déploie, s'évase par gradation, sans perdre pour cela beaucoup de sa longueur. Aussi, dans aucun temps de la grossesse, on ne saurait *toucher l'orifice interne*. Pendant le dernier mois, ce que l'on désigne généralement sous le

nom d'*orifice interne* n'est autre chose que le bord interne de l'orifice extérieur, ou museau de tanche, qui a conservé toute son épaisseur. A cette époque de la grossesse, toute la portion inférieure de l'utérus, la petite extrémité de sa forme ovoïde, est totalement formée aux dépens de la cavité du col, et par conséquent l'*orifice interne*, développé depuis long-temps, n'existe plus comme orifice.

Dans l'état de développement de l'utérus à terme, on y distingue *cinq diamètres :*

1° Un diamètre longitudinal qui a environ *douze pouces.* On suppose le fœtus dans sa situation la plus ordinaire, la tête occupant la cavité du col, et les fesses le fond de cet organe;

2° Un diamètre transversal, qui se mesure d'un côté à l'autre, et a près de *neuf pouces;*

3° Un diamètre médian, ou antéro-postérieur, qui se mesure de devant en arrière, et qui a environ *huit pouces et demi*;

4° La circonférence de l'utérus, prise à la hauteur des trompes, est d'environ *vingt-six pouces*;

5° Mesuré à la hauteur de la portion utérine du col, *qui se trouve alors à cinq pouces au-dessus de l'orifice externe,* la circonférence est à peu près de *treize pouces.*

SECTION IV.

Changement dans la texture de l'Utérus pendant la grossesse.

C'est chargé du produit de la conception à terme que l'utérus déploie toutes les merveilles de son étonnante structure, auparavant si profondément cachée, ou si obscurément aperçue; c'est alors que cet organe, aussi mystérieux dans la disposition de ses tissus que dans la fonction par laquelle s'opère son développement, laisse

voir les ressorts qu'il doit mettre en jeu pour produire au jour l'être qui s'est formé, accru et développé dans son sein.

Le tissu de l'utérus, auparavant presque inextricable, si dense, si serré, devient graduellement plus mou, plus spongieux; les artères qui se portent à cet organe perdent peu à peu leur flexuosité; leur diamètre augmente; les veines qui leur correspondent prennent un accroissement proportionnel. Les vaisseaux lymphatiques deviennent très-apparens, et quelquefois d'un volume énorme. Les nerfs mêmes, ainsi que les plexus dont ils proviennent, ont aussi augmenté de volume. Ainsi, tout démontre que, pendant la grossesse, il s'établit dans l'utérus un nouveau mode de sensibilité, de nutrition; il augmente, il croît avec le fœtus et ses annexes. Aussi, en augmentant de volume, les parois de l'utérus conservent à peu près leur épaisseur primitive, excepté celles du col, qui, en se développant peu à peu, s'amincissent.

Nous avons fait remarquer que, dans certains cas particulier, on reconnaissait sur l'utérus à l'état de vacuité, et dans les premiers temps de la grossesse, un grand nombre de bandes ou de faisceaux de fibres affectant diverses directions; mais dans la grossesse à terme, ces plans fibreux sont beaucoup plus apparens.

Il ne faut pas croire cependant que l'on distingue toujours, au premier aspect, la disposition des plans fibreux de l'utérus: ce n'est souvent qu'après plusieurs heures d'exposition à l'air libre, quelquefois même après plusieurs jours de macération, soit dans l'eau simple, soit dans une solution de muriate de chaux et de sulfate d'alumine, ou de sublimé, que l'on reconnait évidemment que l'utérus est composé de plans musculaires; mais à la fin de la grossesse, la disposition de ces plans fibreux n'est pas la même que dans l'état ordinaire de vacuité.

A mesure que s'élève le fond de l'utérus, que son corps s'allonge et s'élargit, les plans de fibres des régions supérieures, de transversales qu'ils étaient, deviennent obliques; leurs extrémités médianes s'élèvent vers le milieu du fond, et leurs extrémités latérales s'abaissent, dans la même proportion, jusqu'au tiers inférieur des bords latéraux de l'utérus : c'est là que se trouvent situés alors les cordons sus-pubiens, l'origine des trompes et des ovaires.

Que l'on se figure une tête humaine garnie de longs cheveux, séparés dans toute l'étendue de la ligne médiane du crâne, rangés, lisses, de chaque côté du front, liés très-près et au-devant de chaque oreille, on aura une idée assez exacte de la disposition rayonnée des plans fibreux des régions supérieures et latérales de l'utérus, à l'état de grossesse à terme.

Cette réunion en un seul faisceau des plans fibreux des régions supérieures forme en devant, et de chaque côté, les cordons sus-pubiens, alors situés à trois pouces au-dessous de l'angle supérieur du fond : lieu où ils se trouvaient avant la grossesse (*voy.* pl. 12).

Les plans de fibres de la région inférieure du corps de l'utérus ont perdu progressivement la direction oblique qu'elles affectaient auparavant, pour en prendre une semi-circulaire. Ces plans fibreux, qui partent de la portion inférieure de la ligne médiane, vont se réunir sur les côtés, et en devant de la région moyenne de l'utérus, aux cordons sus-pubiens, à un pouce au-dessous de la réunion des faisceaux supérieurs; de sorte que ces cordons présentent alors une base très-large et fort solide.

Les plans fibreux de la paroi postérieure ont éprouvé à peu près le même changement, dans leur direction, que ceux de la face antérieure. Ces plans, auparavant transverses, sont rangés obliquement de haut en bas en se contournant de chaque côté : une portion est attachée à l'o-

vaire, qui forme alors saillie à la surface latérale de l'utérus ; et l'autre portion fibreuse passe au-dessous des ovaires pour se réunir en devant aux faisceaux antérieures qui forment les cordons sus-pubiens.

Si l'on a suivi avec attention la disposition de ces plans fibreux, on a dû voir que, non-seulement les plans de fibres de la région antérieure de l'utérus, mais une portion aussi des plans moyens de la région postérieure concourent à la formation des cordons sus-pubiens.

Les plans médians, dont la disposition longitudinale s'étendait, depuis le fond, jusqu'à l'origine de l'orifice interne du col, perdent, en s'écartant progressivement sur les côtés, leur direction verticale, et n'offrent plus à la fin de la gestation qu'une espèce de lacis de fibres entre-croisées, d'où partent de chaque côté les autres plans de fibres que nous venons de décrire.

Les cordons postérieurs sont plus épais, plus larges et plus courts en proportion que dans l'état de vacuité.

Indépendamment de la tunique musculaire, dont nous avons parlé ailleurs, les plans fibreux extérieurs de la matrice en cachent d'autres encore qui sont superposés. Nous avons compté plusieurs couches musculaires que nous avons détachées, séparées les unes des autres (1). Ces fibres molles, blanchâtres, tomenteuses, sont réunies et soutenues par un tissu lamineux réticulé, dans lequel passent, se ramifient et s'anastomosent les différens vaisseaux sanguins qui appartiennent à l'organe.

---

(1) A notre Mémoire sur la structure de l'utérus, adressé à l'Académie royale de Médecine, nous avons joint la matrice d'une femme morte enceinte de huit mois. Nous avions laissé le placenta attaché à sa face interne, pour renouveler les expériences du professeur *Chaussier*, qui consistent à injecter la veine ombilicale avec du mercure. Ce fluide métallique a pénétré dans toutes les veines de l'utérus, on le voyait briller partout à la face externe de l'organe.

En suivant plus particulièrement le mode de distribution des vaisseaux de l'utérus, dans l'état de grossesse à terme, on voit à différens endroits les artères communiquer avec les veines, former des espèces de sinus qui s'ouvrent à la surface interne de l'utérus, derrière la membrane épichorion, qui elle-même est recouverte du placenta. Ces orifices sont ouverts à la surface en forme de gouttières, quelquefois de croissans; d'autres fois, ils paraissent taillés en biseau sur le trajet même du vaisseau. Mais cette disposition des sinus ne se remarque distinctement que dans l'utérus développé par la grossesse à terme, avant qu'il ait pu se contracter comme il arrive chez les femmes mortes enceintes accidentellement. Partout ailleurs ce ne sont que des ramuscules capillaires séreux, uniquement destinés à une sécrétion perspiratoire.

Disposition des plans fibreux de l'utérus après l'accouchement.

Réduit au cinquième de son volume après l'accouchement, l'utérus est beaucoup plus épais qu'auparavant; excepté en quelques points, les parois de l'utérus ont partout presque un pouce d'épaisseur. Les plans de fibres des régions supérieures de sa face externe sont plus apparens. Le péritoine et la tunique sous-péritonéale forment alors des froncis sur le trajet des plans fibreux, et en font mieux reconnaître les dispositions que nous avons indiquées. Mais ce que l'on y remarque de particulier,

---

Nous avions mis ensuite cette pièce dans une solution de sublimé. Mais quoiqu'elle se fût noircie en se séchant, cette pièce n'en présentait pas moins, d'une manière très-frappante, toutes les dispositions des plans fibreux, ainsi que les autres particularités dont nous avons fait mention dans le Mémoire, et que nous rappelons ici.

c'est que le plan médian, large d'un pouce, a repris sa direction rectiligne, mais plus ou moins inclinée et quelquefois tortueuse; un des plans obliques du fond est plus court, plus contracté que l'autre; c'est du même côté que le cordon est plus court et plus épais : ce qui indiquerait que la contraction s'est faite avec plus d'énergie de ce côté que de l'autre. De chaque côté supérieur de la ligne médiane de l'une et de l'autre paroi, se font remarquer des plans de *fibres circulaires*, que *Joseph Sue* avait désignés sous le nom de muscles *quadri-jumeaux*, parce qu'ils sont au nombre de *quatre*, deux en devant, deux en arrière : disposition qu'*Alph. Leroy* comparait à des nœuds de bois. Cette disposition n'existe pas dans l'utérus chargé du produit de la conception. Ces quatre points de l'organe, plus minces que tous les autres, se trouvent froncés circulairement par l'effet de la contraction des plans fibreux, plus épais, dont ils sont entourés, en haut, par les plans supérieurs et obliques du fond; au milieu, par le plan médian qui les sépare, et enfin par les plans obliques inférieurs devenus circulaires pendant la grossesse. Il est si vrai que cette disposition circulaire, observée par *Sue* et *Alph. Leroy*, ne dépend que de l'amincissement, de la mollesse, de ces quatre points de l'utérus, c'est que, quand le placenta est attaché dans le lieu qui leur correspond, cette portion de l'utérus devenant beaucoup plus épaisse, on n'y remarque que peu, ou point du tout, cette disposition circulaire. Ainsi ce n'est pas, comme ces deux auteurs le pensaient, dans ces quatre points que résident les principaux centres de contraction (*voy.* pl. 13).

Depuis que nous sommes parvenus à dépouiller le fond et le corps de la matrice de ses enveloppes péritonéales aussitôt après l'accouchement chez la femme morte en couche, ses fibres mises à nu se sont présentées à nous dans la même direction que nous avons remarquée avant

la déplétion de l'organe. Ces froncis irréguliers ne sont formés qu'au dépens de la tunique utéro-péritonéale : effet du retrait des fibres musculaires de la face externe de l'utérus.

Les plans fibreux de la face interne de la matrice sont très-différens de ceux de la face externe par leur disposiion. On y remarque bien des fibres circulaires ; mais, au lieu de correspondre à celles de l'extérieur, elles sont aux *angles supérieurs de l'utérus* ; elles entourent l'orifice interne des trompes ; elles décrivent des cercles concentriques d'abord très-petits, très-rapprochés ; puis s'écartant graduellement à mesure qu'ils s'éloignent des angles, les derniers et les plus grands cercles, viennent aboutir à la ligne médiane, et s'étendent dans toute sa longueur.

Par cette disposition circulaire des plans fibreux de la cavité de l'utérus, les côtés de l'organe se rapprochent du fond, les angles se rappochent du centre, et le fond se rapproche de l'orifice, de manière à ramener tous les points de la face interne dans les rapports qu'ils avaient entre eux avant la grossesse.

A la place qu'occupait le placenta, la disposition des plans fibreux n'est nullement appréciable ; on ne trouve là que des lambeaux membraneux, débris de la décidua ; un grand nombre de petits tubercules irréguliers, formés par l'extrémité des vaisseaux, dont les uns sont bouchés, les autres entourés de petits caillots de sang : cette couche de débris membraneux est quelquefois si épaisse qu'on croirait, au premier aperçu, qu'elle est formée par des portions de placenta qui y seraient restées adhérentes (*voy.* pl. 14).

Le col de l'utérus, étant le plus souvent dans un état de collapsus après la déplétion récente de l'organe, il est facile d'apprécier sa disposition intérieure.

A la suite de l'accouchement, même le plus prompt, on y remarque toujours une large tache d'ecchymose; ses lignes

médianes, au lieu d'être verticales comme avant la grossesse, sont dirigées obliquement; ses nombreux replis ne forment plus que des feuillets très-minces, longs de quinze à vingt lignes, tantôt disposés irrégulièrement, et d'autres fois présentant une disposition palmée, plus apparente et mieux dessinée sur la paroi postérieure du col qui, dans toutes les circonstances, est moins longue, moins molle que l'autre.

Le bord de l'orifice externe ne forme qu'une espèce d'ourlet d'une à deux lignes d'épaisseur; d'autres fois il présente un bord fendillé qui disparaît par la contraction de cet orifice.

Avant de passer aux changemens qui s'opèrent dans les autres parties génitales de la femme, nous ajouterons quelques remarques sur les principaux résultats de la disposition des divers plans fibreux de la matrice :

1° A l'extérieur de l'utérus, c'est spécialement au fond et sur les régions latérales supérieures que réside l'appareil du mécanisme de la contraction utérine.

2° Sous l'action combinée des plans médians, obliques supérieurs et obliques inférieurs, tous les points de la surface de l'organe tendent à se rapprocher du centre de sa cavité.

3° Les cordons sus-pubiens attirent et abaissent l'utérus en devant.

4° Les cordons utéro-cervico-sacrés tirent l'utérus en bas et en arrière.

5° Les principaux centres de contractions doivent se trouver sur les points où sont réunis les faisceaux de plans fibreux, c'est-à-dire au milieu du fond et sur les régions supérieures et latérales de l'utérus.

6° La contraction doit être moins active, moins forte dans la région où se trouve le placenta que dans celle qui est libre.

7° *Dans la cavité utérine*, à cause de la disposition spiralée des fibres des régions latérales, la contraction est plus forte vers les angles supérieurs, où les cercles fibreux sont plus petits et plus rapprochés que dans les autres régions ; là le décollement du placenta doit s'opérer plus promptement que lorsqu'il est greffé sur tout autre point de cette cavité.

8° De nouvelles recherches sur la structure de l'utérus pourraient amener des résultats très-importans pour la pratique, et servir à l'explication de certains phénomènes qui se font remarquer pendant et après le travail de l'accouchement, et dans certains cas d'affection de cet organe.

Les changemens qui s'opèrent pendant la grossesse ne se bornent point à l'utérus : on en remarque encore de très-importans dans toutes les parties adjacentes, et même dans quelques organes éloignés. Ainsi dans les premiers mois de la grossesse, la vulve et surtout l'éminence sus-pubienne ont un peu plus de fermeté et de saillie ; les ovaires acquièrent un peu plus de volume. Souvent on remarque sur celui qui a servi à la fécondation une petite fongosité molle, rougeâtre ou jaunâtre qui s'affaisse par la suite et forme une petite cicatrice ou dépression.

Toujours les vaisseaux qui se distribuent au vagin, aux trompes, aux ovaires, aux cordons sus-pubiens, et même à la vulve, acquièrent plus de volume et plus de développement ; une nouvelle circulation s'établit simultanément dans tous les organes. Plus d'une fois nous avons vu les veines de l'ovaire, du vagin et de la vulve dilatées à un tel point qu'elles excédaient la grosseur du petit doigt : disposition qui, dans quelques sujets faibles, a donné lieu a des ecchymoses, à des thrombus plus ou moins considérables.

SECTION V.

Des changemens qui surviennent aux annexes de l'utérus.

En s'élevant graduellement dans la cavité de l'abdomen, l'utérus entraîne le péritoine qui le recouvre; alors disparaissent ces replis, ces prolongemens antérieurs ou latéraux que l'on nomme communément *ligamens*. Les trompes, les ovaires, se trouvent alors rapprochés du corps de l'utérus et dans une direction presque verticale; on voit alors que les cordons de l'utérus dont la texture est si équivoque dans l'état de vacuité, sont essentiellement composés de fibres linéaires, tomenteuses, accompagnées de ramuscules vasculaires, qu'étant de même nature que celles de l'utérus, dont elles ne sont que des prolongemens, elles ont par conséquent les mêmes propriétés. Enfin on remarque que l'utérus s'incline presque toujours sur le côté droit; ce qui paraît dépendre non-seulement de sa disposition primitive, mais aussi de l'action du cordon sus-pubien, généralement plus court, plus gros et plus fort à droite qu'à gauche. On doit encore remarquer qu'en s'élevant, l'utérus appuie toujours sur la vessie, spécialement sur la paroi antérieure de l'abdomen. La pression que cet organe exerce sur cette partie, son poids et son volume, surtout lorsque la femme est debout, détermine la distension, l'élargissement des muscles sterno-pubiens et de la ligne médiane qui les sépare. Comme dans les derniers mois de la grossesse cette pression s'exerce spécialement sur la région ombilicale, la ligne médiane éprouve dans cet endroit un élargissement ovale ou rhumboïde, qui souvent a plus de trois pouces de largeur. L'amincissement des parois de l'abdomen sur ce point est tel, qu'elles ont à peine sept millimètres ou *trois lignes* d'épaisseur; aussi le fond de l'utérus se porte toujours en devant, et jamais il ne s'é-

lève jusqu'au *creux de l'estomac*, comme on le dit dans quelques ouvrages modernes, et comme on le répète si communément.

Dans le cours d'une première grossesse, et surtout lorsque les parois de l'abdomen offrent beaucoup de résistance, nous avons vu à la fin du huitième mois le fond de l'utérus approcher de la région épigastrique; et dans les femmes qui ont eu plusieurs grossesses, surtout dans celles dont la fibre est lâche, molle, très-extensible, nous avons plusieurs fois rencontré le fond de l'utérus très-peu au-dessus de l'ombilic. La saillie convexe que forment en devant les vertèbres des lombes, la résistance que présentent le diaphragme, la masse des viscères de l'abdomen, la disposition des muscles sterno-pubiens, qui, depuis la hauteur de l'ombilic, sont plus larges, plus minces, moins résistans qu'à leur portion pubienne, tout concourt à déterminer l'ampliation de l'abdomen sur la face antérieure, et spécialement sur la région ombilicale. Ajoutons que la paroi postérieure ou sacrée de l'utérus a naturellement plus de convexité et d'épaisseur que l'antérieur, et paraît ainsi disposée à permettre une plus grande ampliation ; par leur disposition, leur action, leur rénitence, les cordons sus-pubiens concourent à déterminer le fond de cet organe en devant; toujours est-il certain qu'en général, et dans la femme debout, le fond de l'utérus se présente en avant et appuie sur la région ombilicale. Aussi, dans les opérations césariennes, où l'on est dans l'usage de faire coucher la femme sur un plan horizontal, de ramener, de soutenir le fond de l'utérus dans la direction de la ligne médiane, au lieu de pratiquer l'incision sur la face antérieure de l'utérus, comme on le désire, l'incision se trouverait à la partie supérieure, au fond, ou sur un des côtés de cet organe; et c'est aussi ce qui arrive le plus souvent, et ce qui donne lieu à une hémorrhagie mortelle.

On sent très-bien que le volume considérable que l'utérus acquiert pendant la grossesse produit nécessairement quelques changemens dans la position des viscères de l'abdomen; ainsi, comme dans l'état le plus ordinaire l'utérus est un peu incliné à droite, le paquet des intestins grêles est repoussé à gauche; le foie, la rate, les organes épigastriques sont relevés; le diaphragme plus ou moins refoulé du côté du thorax : ce qui produit, dans quelques cas, un déplacement des viscères contenus dans cette cavité; quelquefois aussi, lorsque la grossesse est très-volumineuse, que le thorax a été déformé par des vêtemens trop serrés, le contour cartilagineux des côtes est relevé et déjeté en dehors.

SECTION VI.

Des Changemens qui surviennent dans les Symphyses du bassin.

Le bassin éprouve aussi quelques changemens qui méritent une attention particulière. Pour bien saisir ces objets rappelons que dès l'instant de la conception il s'établit dans l'utérus un nouveau mode de circulation et de nutrition; qu'il se produit dans les réseaux capillaires, dans les aréoles de cet organe, une sorte de congestion ou pléthore locale qui en relâche, en amollit le tissu, qui persiste et augmente pendant tout le cours de la grossesse. Mais cet état de congestion si remarquable ne se borne point à l'utérus, aux ovaires, aux trompes, aux cordons sus-pubiens; il s'étend encore à la vulve, et même au bassin. Par l'effet de la congestion locale qui s'est formée peu à peu, les ligamens des symphyses s'amollissent, les lames cartilagineuses qui revêtent les surfaces articulaires, acquièrent un peu plus d'épaisseur; la sécrétion synoviale y devient plus abondante; aussi, les symphyses deviennent moins serrées,

plus écartées, et ont une disposition plus ou moins grande à la mobilité : le poids, le volume de l'utérus, qui porte principalement sur le bord du détroit abdominal, concourt sans doute à cet écartement, à ce relâchement des symphyses; mais il nous paraît dépendre essentiellement de la congestion qui s'opère dans le tissu ligamenteux par le nouveau mode de circulation qui s'y établit.

Quoi qu'il en soit, ce relâchement des symphyses du bassin, cette tendance à la mobilité, n'a point échappé aux plus anciens écrivains, et souvent a été remarquée par les modernes. Mais les uns ont pensé que, dans une femme bien conformée, le bassin avait toujours assez d'amplitude, et qu'ainsi le relâchement des symphyses était un accident, un effet morbide, un moyen inutile pour la facilité de l'accouchement; d'autres ont cru que cet écartement n'avait lieu que dans les efforts du travail de l'accouchement, et qu'il n'existait pas toujours. Sans examiner si ce relâchement des symphyses est nécessaire pour l'accouchement, et comment il peut contribuer à le rendre plus facile, il nous paraît bien démontré, d'après les recherches nombreuses faites sur ce sujet à l'hospice de la Maternité, que, dans les derniers temps de la grossesse, il y a toujours un relâchement et une mobilité plus ou moins grande dans les symphyses du bassin, et qu'elle est entièrement indépendante des efforts de l'accouchement. Ce relâchement est toujours plus remarquable à la symphyse des pubis qu'aux symphyses sacro-iliaques; et souvent il est plus apparent à la symphyse sacro-iliaque du côté gauche qu'à celle du côté droit. Chez des femmes dont l'accouchement a été prompt et facile, nous avons vu quelquefois à la symphyse des pubis un écartement de 5, 10, 15; 20 et même 30 millimètres, *deux, quatre, huit,* et même plus de *douze lignes,* En examinant l'état des parties, on trouvait les ligamens épaissis, assouplis, et une quantité plus ou moins

grande de fluide synovial séreux, quelquefois puriforme, entre les surfaces articulaires.

Cette dernière disposition peut assurément être regardée comme un effet morbide; elle a principalement été observée dans les femmes d'un tempérament lymphatique; dans celles qui, dans le cours de leur grossesse, avaient eu une œdématie à la vulve, ou qui avaient éprouvé quelque maladie débilitante; souvent aussi, nous avons vu des femmes se plaindre d'une douleur à la symphyse des pubis, à une des symphyses sacro-iliaques, et on augmentait cette douleur en appuyant soit sur une de ces symphyses, soit sur la crête de l'ilium; et dans ce cas, la marche était pénible et vacillante pendant un temps plus ou moins long; enfin, toujours après l'accouchement, les hanches, le bassin, conservent plus d'amplitude, plus d'évasement qu'ils n'en avaient auparavant.

Nous ne parlerons pas de la manière dont la peau prête à la distension de l'abdomen, ni des changemens que la grossesse apporte dans l'état des mamelles, dans l'ordre de l'exercice habituel des diverses fonctions du corps; il nous suffit d'avoir indiqué les objets qui doivent plus particulièrement fixer l'attention des personnes qui se livrent à l'étude et à la pratique des accouchemens.

CHAPITRE III.

Considérations sur la Menstruation et la Grossesse.

Nous ne nous arrêterons point à rapporter les différentes opinions que l'on a eu tour à tour sur la génération; ces détails sont étrangers à la pratique : nous nous bornerons donc à quelques aperçus généraux sur la menstruation, sur la grossesse, et les moyens de la reconnaître.

ARTICLE PREMIER.

Des Menstrues.

On appelle menstrues *catamenies*, fluide *catamenial*, et communément *règles, mois, ordinaires*, etc., une excrétion sanguine que les femmes éprouvent par les organes génitaux, depuis la puberté jusqu'à l'âge de quarante-cinq ou cinquante ans, à peu près régulièrement tous les mois ; et l'on comprend sous le titre de *menstruation*, tout ce qui est relatif à l'apparition, aux retours successifs et à la cessation de cette excrétion.

Quoique l'on ait vu quelquefois des enfans de cinq ou six ans, et même de plus jeunes, éprouver par la vulve une excrétion sanguine plus ou moins régulière dans ses retours, cependant, dans l'ordre naturel, ce n'est qu'à la puberté que cette excrétion a lieu et s'établit d'une manière régulière et périodique. Cette époque, qui généralement annonce et caractérise l'aptitude à la fécondité, varie beaucoup suivant la constitution, l'éducation, l'exercice, le climat et diverses circonstances accessoires. Le plus ordinairement, ce n'est qu'à l'âge de quatorze à seize ans, et lorsque les mamelles commencent à se développer, que paraît et s'établit le flux menstruel ; sa *quantité* est très-variable : on l'estime généralement de *trois* à *quatre onces*, dans les lieux tempérés de la France ; mais chez un grand nombre de femmes, elle est beaucoup plus considérable. Le dérangement dans l'ordre et la durée de cet écoulement occasione ordinairement du désordre dans les autres fonctions.

La qualité du sang des menstrues ne paraît pas différer de celui qui circule dans tout le système, lorsque la femme est saine, bien conformée, et qu'elle fait usage des moyens que la santé et la propreté exigent.

La durée de cette évacuation varie de trois à six jours; il est des femmes qui ne l'éprouvent que pendant un jour ou deux, et d'autres quelques heures seulement.

Le flux menstruel est suspendu pendant la grossesse et l'allaitement; quand il a lieu dans le premier cas, c'est ordinairement un symptôme de maladie. Cependant, lorsque le sang ne paraît qu'à des temps marqués et qui correspondent aux époques où la femme avait précédemment ses menstrues, c'est plutôt un bien qu'un mal.

Le sang menstruel *est fourni*, selon quelques écrivains, par les extrémités perspiratoires des artères qui s'ouvrent à la surface de la membrane muqueuse qui tapisse la cavité de l'utérus, membrane, plutôt apparente que réelle, qui n'existe pas pour nous.

Pendant la menstruation, les femmes sont plus irritables; on doit éviter alors tout ce qui pourrait leur causer une émotion assez vive pour donner lieu à une suspension ou à une suppression qui entraînerait les résultats les plus fâcheux.

Causes des menstrues. L'opinion la plus généralement reçue est que la pléthore, soit générale, soit locale, donne lieu à cette évacuation. Le docteur *Pinel* dit qu'il serait aussi difficile de répondre à cette question, que d'expliquer la cause qui fait que certaines plantes se couronnent de fleurs plutôt que d'autres. La cause de la périodicité des menstrues n'est pas mieux connue.

Quelle que soit la cause de la menstruation, on lui attribue généralement la propriété de préparer les cavités qui doivent, par la suite, fournir le sang destiné à passer dans les radicules du placenta. Mais le développement du placenta, ainsi que du fœtus, hors de la cavité utérine, prouverait que la menstruation n'est point essentielle pour préparer ces cavités, ou plutôt que le placenta peut se passer de cette préparation; il semblerait que l'ampoule fécon-

dée est susceptible de se développer et de s'accroître partout où elle se trouve en contact avec une partie vasculaire et nerveuse. Sur plusieurs cas de grossesse extra-utérine que nous avons vus, il y en avait une à terme dont l'enfant pesait huit livres et demie.

Cependant, on ne saurait nier l'influence des menstrues sur la fécondité, puisque avant la menstruation, après sa cessation, et même pendant quelques irrégularités remarquables, la conception n'a point lieu: on remarque, au contraire, que les femmes sont plus aptes à concevoir à l'approche de leurs menstrues ou immédiatement après, que dans le terme moyen d'une époque à l'autre.

Si quelques femmes ne sont pas sujettes à la menstruation, cette excrétion est ordinairement remplacée par une évacuation sanguine insolite; toutes les parties du corps peuvent devenir un émonctoire supplémentaire pour entretenir la santé de l'individu.

On cite plusieurs exemples de femmes dont la menstruation était fort irrégulière, d'autres qui ont mis au monde des enfans bien portans, sans jamais avoir été réglées; d'autres, après avoir cessé de l'être. Nous avons accouché une dame d'une forte constitution, enceinte pour la première fois à trente ans, qui était sujette à des suspensions de règles de plusieurs mois, même d'une année, sans en être incommodée. Chez des jeunes filles, nous avons rencontré ces irrégularités, ces retards avec la coïncidence d'un utérus très-petit, très-léger. Nous avons donné des soins à trois femmes jeunes qui sont devenues enceintes à la suite d'une suspension de l'écoulement des règles, chez l'une de quatre mois, chez l'autre de cinq, et chez la dernière de six mois. De sorte qu'elles sont restées la première treize mois, la seconde quatorze, et la troisième quinze mois sans avoir leurs règles ; chez toutes trois l'accouchement fut heureux ; l'une d'elles avait eu déjà trois

enfans, et chaque fois elle était devenue enceinte après une suppression de quatre mois.

On rapporte aussi des exemples de femmes qui n'ont été réglées que pendant le temps de leur grossesse : il serait difficile de donner l'explication d'un phénomène aussi entraordinaire.

De la nature du sang des menstrues. Quelques auteurs pensent que la cavité des vaisseaux destinés à porter le sang à l'utérus est chargée d'un fluide extrêmement subtil, qui, dans le cours de la menstruation, s'échappe par l'utérus. En effet, disent-ils, une femme qui, à l'approche des règles, éprouve des douleurs dans la tête, dans les régions lombaires, se trouve soulagée à l'instant même que ses règles paraissent, quelque petite que soit la quantité de sang qu'elle perd par l'utérus ; ni l'application des sangsues à la vulve, ni la saignée du bras, ne produirait un effet aussi prompt et aussi salutaire.

ARTICLE II.

De la Grossesse.

On nomme *grossesse*, et, depuis quelque temps, *gestation*, l'état d'une femme qui porte dans son sein un germe fécondé qui croît et se développe graduellement. Suivant l'ordre le plus naturel et le plus ordinaire, la conception a lieu dans l'utérus ; déposé dans la cavité de cet organe, doué d'une activité qui lui est propre, le germe vivifié trouve toute formée une couche, une enveloppe extérieure qui s'applique, s'accolle et s'attache à la face interne de l'utérus ; d'où il tire les matériaux nutritifs qui servent à son accroissement, à son développement graduel, pendant le cours des neuf mois, terme ordinaire de son séjour dans la cavité de cet organe. Le plus ordinairement la grossesse est bornée à un seul fœtus ; cependant elle est composée

quelquefois de deux, même de trois, et très-rarement de quatre fœtus (1); quelquefois encore elle est composée d'un fœtus et d'une et deux moles, produit dégénéré d'une conception double ou triple; mais d'autres fois, et par des circonstances accidentelles, le germe fécondé reste dans l'ovaire ou est arrêté dans la trompe.

D'après ces cas particuliers, on a distingué deux genres de grossesse : l'une naturelle ou *utérine;* l'autre, contre nature ou *extra-utérine*, qui a lieu, soit dans l'ovaire, soit dans la trompe, et, suivant quelques-uns, dans la cavité même de l'abdomen; enfin, la grossesse utérine peut être compliquée avec une grossesse extra-utérine. Nous en avons eu un cas à l'hospice de la Maternité, et un autre à la Maison royale de Santé, dont les détails seront publiés plus tard avec d'autres cas analogues. On a donné aussi le nom de *fausse grossesse* à la tuméfaction, au développement de l'utérus, produit par l'accumulation d'air, d'eau, de sang dans sa cavité, ou par la présence d'une tumeur, d'une mole ou d'un faux germe (2).

Ainsi, on a distingué la grossesse en *naturelle* et en *contre nature*, en grossesse *vraie* et en grossesse *fausse;* mais on pourrait ranger ces diverses grossesses sous deux classes principales : la première, désignée sous le nom générique de GROSSESSES FOETALES, comprendrait toutes les

---

(1) La femme de *Rigby*, accoucheur anglais, auteur du *Traité des Hémorrhagies*, dont nous avons publié la traduction, est accouchée de quatre enfans, produit de sa dernière grossesse (août 1817.) *Rigby* était alors âgé de soixante-dix ans. Il est mort en 1821.

(2) Voyez *Mémoire sur la môle hydatique*, par madame *Boivin*, et un autre mémoire du même auteur sur une des *causes la plus commune et la moins connue de l'avortement*, où il se trouve plusieurs cas de fausses grossesses. (Chez J. B. *Baillière*, rue de l'École-de-Médecine, n° 13 *bis*.)

grossesses occasionées par la présence d'un ou de plusieurs fœtus dans l'utérus ou hors de ce viscère, ainsi que les grossesses complexes : chacune de ces grossesses prendrait une dénomination particulière.

Dans la *deuxième classe* se trouveraient comprises toutes les grossesses produites par une conception dégénérée, ou par toute autre affection qui aurait donné lieu au développement insolite de l'organe : elle prendrait le nom générique de grossesses *sans fœtus* ou AFOETALES.

CLASSE Ire.

GROSSESSES FŒTALES.

Naturelles ou utérines.

1er *Ordre.*
1. Simple ou *solitaire.*
2. Double ou *bi-géminale.*
3. Triple ou *tri-géminale.*
4. D'un ou de deux fœtus avec une ou deux moles, *sarco-fœtale.*

Contre nature ou extra-utérine.

2e *Ordre.*
1. Dans la trompe ou *tubaire.*
2. Dans l'ovaire ou *ovarienne.*
3. Dans l'abdomen ou *abdominale.*

Complexes ou inter-extra-utérine.

3e *Ordre.*
Dans l'utérus et hors de l'utérus en même temps.
1. Dans l'utérus et dans la trompe, *utéro tubaire.*
2. Dans l'utérus et dans l'ovaire, *utéro-ovarienne.*
4. Dans l'utérus et dans l'abdomen, *utéro-abdominale.*

CLASSE IIe.

GROSSESSES AFŒTALES.

1. *Sarco-hystérique.*
- Moles.
- Hydatides.
- Faux germe.

2. *Hydro-hystérique.*	Sécrétion, accumulation d'eau dans l'utérus.
3. *Gazo-hystérique.*	Développement de gaz, d'air, dans l'utérus.
4. *Hémato-hystérique.*	Accumulation de sang dans l'utérus.

Quoi qu'il en soit de toutes ces divisions, nous nous bornerons ici à considérer la grossesse naturelle ou utérine.

Nous avons exposé précédemment les changemens successifs qu'éprouve l'utérus dans le cours de la grossesse; il nous reste actuellement à indiquer les moyens propres à reconnaître l'existence du fœtus, seul moyen de constater la véritable grossesse.

ARTICLE III.

Des moyens propres à constater la Grossesse.

La grossesse est une fonction naturelle; et dans une femme saine et bien constituée, les premiers temps sont seulement marqués par la suppression des menstrues; mais dans les femmes faibles, nerveuses, dans quelques constitutions particulières, souvent il y a perte d'appétit, dégoût, nausées, vomissemens, irrégularité des fonctions, et divers autres phénomènes plus ou moins variables suivant la constitution particulière du sujet. On a donc distingué les signes propres à faire reconnaître la grossesse en *rationnels* et en *sensibles.*

Les signes rationnels, que l'on acquiert par le raisonnement sont, chez les femmes mariées, la suppression des menstrues, les vomissemens, l'appétit dépravé, la pâleur de la face, le météorisme des régions inférieures de l'abdomen, le développement de l'ombilic et son élévation, la tuméfaction des mamelles, les mouvemens que la mère a cru ressentir vers le quatrième ou cinquième mois après la

suppression des menstrues ; mais la plupart de ces signes sont illusoires et communs à plusieurs affections. On ne peut établir un diagnostic certain de la grossesse que par les signes sensibles, c'est-à-dire, par le degré de développement de l'utérus, et surtout après avoir excité le balotement et les mouvemens du fœtus : ce que l'on ne peut obtenir que par le toucher.

ARTICLE IV.

Du Toucher.

Le toucher réside dans la main qui en est le principal organe. Ce sens sert à rectifier celui de la vue, et quelquefois à le suppléer entièrement, surtout dans l'art des accouchemens, où les personnes de la profession sont appelées à l'examen des parties génitales internes ou externes. L'usage du toucher est non-seulement nécessaire pour constater l'absence ou l'existence de la grossesse, et pour en apprécier la nature, mais encore pour reconnaître certaines affections, certains vices de conformation des parties génitales chez la jeune fille et chez la femme mariée : son usage est indispensable pendant le travail de l'accouchement, avant et après la délivrance, et dans d'autres cas que nous allons indiquer successivement.

Chez la jeune fille parvenue à l'âge de puberté, l'écoulement des menstrues peut être arrêté par l'imperforation incomplète ou totale de l'orifice du vagin ou de l'utérus. La rétention du sang menstruel dans l'utérus et dans le vagin peut donner lieu au développement de l'abdomen et à d'autres symptômes analogues à ceux de la grossesse, occasioner des accidens graves, et faire naître des soupçons injustes et déshonorans pour la malade.

Chez la jeune fille pubère, quelquefois les maladies de l'enfance ont donné lieu à une conformation extérieure qui

laisse des inquiétudes sur les suites du mariage. La sage-femme peut donc être appelée à décider si la jeune fille, devenue épouse, pourra donner la vie à un enfant sans exposer la sienne. Il faut, dans ce cas, examiner la forme extérieure du bassin, en appliquant les mains sur tous les points de sa surface, pour reconnaître si les os des hanches ont le degré d'évasement et de longueur convenable; si l'un n'est pas plus élevé que l'autre (pour en bien juger, il faut que le sujet soit assis perpendiculairement sur un siége solide); on pourra apprécier le degré d'écartement des iskium en faisant coucher le sujet, et en lui faisant tenir les cuisses fléchies et relevées vers l'abdomen; mais le sujet se tiendra debout pendant que l'on examinera si les pubis ne sont pas trop saillans ou trop aplatis, si les cuisses ne sont pas trop rapprochées l'une de l'autre, si la symphyse des pubis n'est pas trop prolongée ou trop droite, si la base du sacrum n'est pas trop enfoncée ou déjetée en dedans, s'il n'est pas trop courbé sur sa longueur ou trop droit, et par conséquent trop court ou trop long. Mais comme cette exploration est insuffisante pour connaître l'exacte dimension du bassin, le degré de resserrement de ses diamètres, on a eu recours à des instrumens nommés pelvimètres pour mesurer cette cavité à l'intérieur. Aucun de ceux que nous connaissons ne nous ayant paru propre à atteindre le but proposé, nous en avons imaginé un autre dont on trouve ailleurs la description et la figure (*voy.* Mémoire sur le pelvimètre, de madame Boivin, couronné par la Société royale de Médecine de Bordeaux). Si la conformation du bassin laisse quelques doutes sur les dimensions requises pour l'accouchement naturel à terme, on ne doit pas balancer à conseiller le célibat.

Chez la jeune femme, quelquefois l'acte du mariage ne peut avoir lieu à cause de l'oblitération du vagin, ou à cause du resserrement spasmodique de l'orifice ou du ca-

nal vaginal, comme nous en avons vu plusieurs exemples chez de jeunes dames qui, pendant les premiers dix-huit, vingt mois et même trois ans de leur mariage, n'avaient pu devenir épouses.

D'autres fois encore, de jeunes femmes, impatientes de devenir mères, ont passé plusieurs années sans avoir obtenu des preuves de leur fécondité. Outre une menstruation trop abondante, un écoulement considérable de flueurs blanches, qui peuvent nuire à la fécondation, la mauvaise direction de l'utérus peut encore donner lieu à une stérilité qui n'est souvent qu'accidentelle. C'est par le toucher que l'on reconnait les rapports du col de l'utérus avec le vagin; quelquefois au lieu d'être porté au centre il est trop porté en arrière vers le rectum, ou en devant derrière, et même au-dessus des pubis. D'autres fois l'orifice, au lieu d'une fente transversale, ne présente qu'un très-petit pertuit rond presqu'inapréciable au toucher. Nous avons constamment vu cette disposition du col accompagnée de stérilité quoique la menstruation fut régulière. Chez quelques femmes le col affectait une forme conique, chez d'autres il était passé sous cette forme à un état squirreux. Il est probable que, dans des cas d'amenorrhée, cette disposition du museau de tanche a été confondue avec une imperforation ou une obturation complète de l'orifice utérin, et que cette erreur a déterminé l'incision du museau de tanche; opération qui n'eut que de fâcheaux résultats.

Lorsqu'il s'agit de constater une grossesse récente, le concours des deux mains devient nécessaire. Nous avons reconnu la présence de l'embryon plusieurs fois à trois mois, et d'autres fois à trois mois et demi de grossesse; mais on la reconnaît avec plus de certitude encore à quatre mois, et plus tard, en excitant le mouvement de ballottement.

Manière de pratiquer le toucher pour constater la grossesse.

Le succès de cet examen dépend beaucoup de la situation que l'on fait prendre à la femme : tantôt on la fera coucher sur un lit ou sur une chaise longue, tantôt on la fera tenir debout, le corps fléchi en avant, afin que les muscles abdominaux soient dans un état de relâchement. D'autres fois couchée sur l'un de côtés, une des cuisses fléchie sur l'abdomen, le dos tourné du côté de l'explorateur.

Quelle que soit l'attitude que l'on ait fait prendre à la femme, on introduit l'index d'une main dans le vagin, en portant la face palmaire de ce doigt, que l'on a enduit d'un corps gras, sur la paroi postérieure de l'utérus qui avoisine le col, et de l'autre main, appliquée à l'extérieur sur la région hypogastrique, on déprime avec l'extrémité des doigts les viscères abdominaux pour parvenir sur le fond de l'utérus, qui, à quatre mois, commence à excéder en élévation le bord supérieur des pubis. Cet organe étant une fois saisi entre la main appliquée à l'extérieur et le doigt introduit, avec l'extrémité de celui-ci on frappe légèrement sur la paroi de l'utérus, et on fixe aussitôt le doigt sur le point où il a frappé.

Comme dans les premiers mois de la grossesse l'utérus contient une grande quantité d'eau, ce fluide ayant été mu par le coup frappé à l'utérus, le fœtus se trouve agité; après s'être élevé par la secousse légère qui lui a été communiquée, il retombe sur le doigt qui a donné l'impulsion. Plus la grossesse est avancée et, plus le fœtus est volumineux, et plus aussi la chute occasionne une sensation forte au doigt qui la reçoit. On doit réitérer plusieurs fois, jusqu'à ce qu'on ait acquis la certitude de la présence d'un corps mobile dans l'utérus.

Il arrive quelquefois que le placenta est greffé sur la paroi antérieure de l'utérus, et que l'épaisseur de

son tissu devient un obstacle à la communication du mouvement de l'embryon provoqué par le doigt de l'examinateur. L'expérience nous a démontré ce fait sur plusieurs femmes chez lesquelles nous ne pûmes reconnaître l'existence de la grossesse que vers le cinquième mois, et chaque fois l'événement nous a prouvé que le placenta était greffé dans le voisinage, et en devant du col de l'utérus.

On éprouve souvent les plus grandes difficultés à s'assurer d'une grossesse récente chez les femmes qui ont de l'embonpoint, et surtout si elles sont enceintes pour la première fois. Cependant, si la femme est jeune, d'une bonne santé, si elle réunit tous les signes rationnels de la grossesse, enfin, si l'on a reconnu une augmentation sensible dans le volume de l'utérus, il y a de fortes présomptions en faveur de la grossesse, et l'on pourrait, sans crainte de se compromettre, prononcer affirmativement.

Cependant l'utérus peut contenir le produit d'une conception dégénérée; il peut être développé par une mole, un faux germe, par des hydatides, de l'eau, de l'air ou du sang. Il faut donc, dans tous les cas où l'on n'a point obtenu le ballottement du fœtus, s'abstenir de prononcer sur la nature de la grossesse, car, quoique l'on n'ait point acquis la certitude de la présence d'un fœtus, quoique la femme n'ait ressenti aucun mouvement, il peut arriver cependant qu'elle soit véritablement enceinte, et qu'elle mette au monde un enfant vivant, comme on en a quelques exemples, et comme nous pourrions en rapporter plusieurs qui nous sont propres.

Mais si au début du travail le toucher est nécessaire pour reconnaître les vices de conformation des parties de la génération, pour constater la grossesse et apprécier les différens termes auxquels elle est parvenue, il est indispensable

à l'époque où la femme ressent les douleurs de l'enfantement. Sans le secours du toucher, on ignore si la femme est à terme ou si elle en est éloignée, si les douleurs sont utérines ou si elles ne sont qu'intestinales; si l'orifice se dilate, à quel degré il est ouvert; s'il est souple ou dur, mince ou épais. Ce n'est que par le toucher que l'on reconnaît la forme, le volume, la densité ou la ténuité des membranes, si elles sont intactes ou rompues; dans le cas d'hémorrhagie, si elle n'est pas causée par la présence du placenta à l'orifice; ce ne peut être que par le toucher que l'on peut reconnaître la partie de l'enfant qui se présente, sa situation à l'égard du bassin.

C'est encore par le toucher que l'on peut, jusqu'à un certain point, juger des dimensions du bassin chez la femme en travail, si sa capacité n'est pas diminuée par la présence de quelques tumeurs molles ou osseuses; enfin, c'est par le toucher que l'on peut apprécier la durée du travail, et s'il se terminera seul ou artificiellement.

Si le toucher ne donne que des renseignemens imparfaits dans les cas de grossesses doubles, il ne laisse aucun doute après la sortie du premier enfant. Le toucher pratiqué avec soin peut encore nous faire découvrir l'existence d'une grossesse extra-utérine, et même lorsqu'elle est complexe.

Après l'accouchement, le toucher sert encore à faire connaître l'état de l'utérus, si cet organe est contracté ou inerte; si le placenta est détaché ou encore adhérent dans sa cavité; s'il y est retenu par la contraction spasmodique d'une de ses parois ou de son orifice.

Après la délivrance, le toucher est encore nécessaire pour s'assurer de l'état de l'utérus, s'il forme sous la main placée à l'extérieur une tumeur ronde et solide; si, en examinant l'orifice, on n'y trouve point du sang coagulé; si dans sa cavité il n'est point resté quelques portions de

membrane ou de placenta, qui, en séjournant dans l'utérus, pourraient donner lieu à une hémorrhagie, et par la suite à une inflammation de l'organe; le doigt, introduit dans le vagin, sert encore à faire découvrir si l'utérus n'est point renversé au-dedans de lui-même; s'il n'a point éprouvé de relâchement; si le col n'est pas resté dans l'inertie, comme il arrive le plus fréquemment.

Pendant la durée des couches, le toucher sert encore à faire distinguer la nature des douleurs que ressent la femme; si elles sont l'effet de la contraction ou de la sensibilité morbifique de l'utérus, ou bien encore si elles sont occasionnées par une affection particulière de quelque autre organe contenu dans l'abdomen.

A l'époque où les femmes perdent la faculté d'être mères, et assez souvent chez de très-jeunes femmes, il survient à l'utérus, ou dans le vagin, des maladies, telles qu'un squirrhe, un polype, des tumeurs d'une autre nature, un ulcère dont l'existence ne peut se reconnaître que par le toucher; chez d'autres, il se forme des tumeurs dans la trompe ou dans l'ovaire; l'abdomen augmente de volume, et la femme éprouve tous les symptômes d'une grossesse douloureuse; c'est encore par le toucher que l'on découvre la véritable cause de ces développemens contre nature de l'abdomen. Mais nous ne terminerons pas cet article sur le toucher, sans faire quelques observations sur la manière de le pratiquer dans différens cas.

1° Lorsqu'on a quelques motifs pour soupçonner un vice de conformation dans le bassin d'une femme en travail, et qu'on ne fait point usage de notre pelvimètre, l'introduction d'un seul doigt ne suffit pas pour découvrir toutes les altérations qu'il peut éprouver dans ses dimensions; il faut introduire la main entière dans le vagin, mais avec toute la précaution et les ménagemens que cette opération exige : de cette manière, on pourra juger de l'é-

tendue des diamètres et découvrir les tumeurs qui peuvent s'élever dans la cavité du bassin.

2° Il est encore nécessaire d'introduire la main entière dans le vagin, lorsqu'une hémorrhagie utérine donne lieu de craindre la présence du placenta sur l'orifice interne, parce qu'il arrive souvent que, par l'introduction d'un seul doigt, on ne pénètre point assez avant dans le col de l'utérus, qui, dans cette circonstance fâcheuse, conserve toujours une certaine longueur, et dont les parois sont beaucoup plus épaisses que dans les cas ordinaires.

3° Lorsque la partie que l'enfant présente reste au-dessus du détroit abdominal, on ne saurait la reconnaître au moyen d'un seul doigt, et cependant si le cas exige la version de l'enfant par les pieds, et qu'on ne veuille pas opérer au hasard, il faudra bien introduire la main entière dans le vagin pour reconnaître cette partie et ses rapports avec ceux de la cavité pelvienne, afin de pouvoir se déterminer sur le choix de la main qui doit opérer pour ramener les pieds au-devant de la face antérieure du tronc de l'enfant.

L'introduction d'un seul doigt ne suffit pas toujours non plus pour atteindre à l'orifice de l'utérus dans le cas de grossesse extra-utérine : le fond de l'organe se trouvant quelquefois entraîné du côté où se développe le produit de la conception, le col, dans ce cas, se dirige du côté opposé ; le vagin s'allonge en raison du degré d'élévation où se trouve porté le col de l'utérus.

C'est encore ce qui a lieu fort souvent dans les cas de maladie des ovaires, dans certaines affections des parties molles ou osseuses du bassin, et qui, par leur volume, obstruent ou resserrent le canal qui conduit à l'orifice utérin.

Le toucher *rectal*, ou par l'anus, ne doit pas être négligé dans certains cas de déplacement de l'organe des règles, de développement morbide des ovaires, des trompes,

ou de quelques autres tumeurs situées profondément dans la région postérieure du bassin.

Un autre moyen d'investigation dans les cas d'affection du col de l'utérus et du vagin, ne doit point être négligé non plus : c'est l'application du *speculum uteri*. Cet instrument, auquel nous avons fait subir d'importantes modifications qui ajoutent à son utilité et à la commodité de s'en servir, est aujourd'hui d'un usage très-fréquent et souvent indispensable dans certaines affections des parties génitales de la femme (1).

En retraçant les nombreusses circonstances qui réclament l'usage du toucher, notre intention a été de rappeler combien il est nécessaire de s'exercer et de profiter de toutes les circonstances qui se présentent pour acquérir de l'habitude et se perfectionner dans cette partie de l'art, peut-être la plus importante de toutes, puisque sans le toucher habilement exercé, tout est obscurité et indécision pour l'accoucheur ou la sage-femme qui n'a pour guide alors dans sa pratique que le hasard, et pour résultats que des événemens le plus souvent funestes pour la mère et son enfant.

CHAPITRE IV.

De l'OEuf humain.

L'étude du produit récent de la conception fut de tout temps l'objet du plus haut intérêt pour le naturaliste philosophe. Encore aujourd'hui se renouvellent de toutes parts les recherches les plus minutieuses sur les élémens qui composent celui qui occupe le point le plus élevé de l'échelle des êtres, celui qui remplit le monde des plus

(1) Cet instrument, ainsi que le pelvimètre, se fabrique et se vend chez Samson, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

étonnantes merveilles de son génie, et qui, dans son principe, n'est rien, qu'un atome, une larve, un insecte, une espèce de ver de forme semblable à celui qui doit le ronger après avoir fait l'admiration de ses semblables, l'homme, enfin, qui étudie et veut connaître tout, en est encore à la recherche des élémens primitifs qui constituent son être.

Les difficultés que présente l'étude de l'espèce humaine à l'état embryonnaire laissent une partie du sujet dans l'obscurité, où il restera encore long-temps, malgré le zèle des investigateurs. Comment, en effet, prononcer sur la nature, la disposition des premiers élémens du produit de la conception, sur les caractères qui indiquent d'une manière exacte chez la femme le moment où l'œuf est fécondé, comment il l'est, le temps qui s'écoule entre la fécondation et sa marche dans la trompe, et son arrivée dans la cavité utérine? Les suppositions à ce sujet ne manquent pas, mais ce ne sont que des suppositions. Qui pourrait dire le moment où l'œuf s'est décollé de l'utérus, combien de temps s'est écoulé entre la mort de l'embryon et son expulsion de la cavité utérine? Sait-on mieux à quel degré ce produit de l'acte fécondant a subi l'action compressive de l'utérus avant d'en être expulsé? L'œuf n'a-t-il pas dû éprouver des altérations dans sa forme, dans son tissu, dans son volume, dans sa coloration, dans ses rapports avec les parties qui constituent son ensemble (1)? Peut-on distinguer nettement, après qu'il a été comprimé en tous sens, qu'il a été pour ainsi dire trituré par suite d'une action longue et soutenue de la part de l'organe qui le renfermait, peut-on distinguer l'état naturel de l'état anormal

---

(1) Sur 200 œufs humains environ, M. Velpeau n'en a rencontré que 30 qu'on pouvait appeler à l'état naturel. Qui prouve qu'ils étaient à l'état naturel? (*Embryologie ou Ovologie humaine*, Paris, 1833, in-fol., avec 15 pl.)

d'un œuf de quelques jours, de quelques semaines après la conception? On rencontre ce produit sous tant d'aspects différens, quoique présumé aux mêmes termes, que l'on cesse d'être étonné de la diversité des résultats que présentent les observations recueillies par ceux qui se sont livrés à de semblables travaux.

Nous n'avons pas la prétention d'accroître les richesses dont les observateurs français et étrangers viennent de doter la science. Mais ayant, pendant quarante années de notre vie, été à même d'observer un certain nombre d'œufs humains à des époques assez rapprochées de la conception, nous avons fait des remarques que nous n'avons vues notées nulle part, et quelques autres que nous ajoûterons aux phénomènes déjà connus, et qui ne sont pas, selon nous, dépourvues d'intérêt.

Le nombre de cas d'avortemens du premier mois de la grossesse que nous avons vu étant de beaucoup inférieur à celui que présente M. le professeur Velpeau dans son *Traité d'ovologie*, nous nous sommes bornée à donner un aperçu aussi rapide que possible de l'état actuel de la question. Si nous ne sommes pas toujours d'accord sur quelques points du sujet avec l'auteur cité, nous n'en reconnaissons pas moins l'importance et l'utilité de son travail, que nous admirons de bonne foi. Bien que nous ayons consulté un certain nombre d'auteurs étrangers, nous ne surchargerons pas ce chapitre de citations de noms propres; il nous serait facile de faire de l'érudition en consultant les ouvrages de ceux qui ont traité récemment le sujet.

SECTION PREMIÈRE.

Composition de l'OEuf humain.

Comme dans les premiers temps de la conception ce sont les dépendances du fœtus qui en sont les parties les

plus apparentes, c'est-à-dire les membranes, l'eau contenue dans leur cavité, le placenta et le cordon ombilical, nous examinerons successivement ces organes comme moyens de communication, de nutrition de la coque de l'œuf, de son développement et de l'accroissement progressif du fœtus pendant sa vie intra-utérine.

Des Membranes.

La plus extérieure de l'œuf, la membrane qui a reçu différens noms, dont les principaux sont la *caduque*, la *décidua, membrane de connexion, épichorion, anhiste*, est une membrane spongieuse, molle, rougeâtre, sur la nature de laquelle les observateurs diffèrent d'opinion.

Cependant il est généralement reconnu que la caduque est formée au moment de l'acte reproducteur, ou immédiatement après l'orgasme vénérien. La face interne de l'utérus (et peut-être aussi parfois l'intérieur des trompes) devient le siége d'une exhalation de matière coagulable qui se concrète et présente une couche couenneuse, non organisée, et que pour cela M. Velpeau appelle *anhiste*, laquelle membrane affecte la forme d'un sac ou d'une ampoule qui se remplit d'un liquide transparent et légèrement rosé, ainsi que nous l'avons observé plusieurs fois.

L'ovum, détaché de l'ovaire pendant le coït fécondant au moyen des franges du pavillon des trompes, est introduit dans ce canal doué d'un mouvement de progression; il fait cheminer l'œuf jusqu'à l'orifice tubo-utérin. Arrivé là, l'ovum, qui continue d'être poussé en avant par la trompe et par les fibres circulaires de l'angle utérin où il se trouve, l'ovum, à son tour, pousse au devant de lui la portion de *décidua* qui obstrue cet orifice, et progressivement, il la déprime, la refoule jusqu'à ce que, repliée sur elle-même, cette membrane se trouve en contact avec la portion primitive et vide du fluide qu'elle contenait.

Du renversement de cette membrane est résultée cette distinction de caduque *utérine*, c'est-à-dire, portion qui reste attachée à l'utérus ; et caduque *réfléchie*, celle qui est adhérente sur elle-même, celle qui reste attachée au *chorion*, d'où vient son nom d'*épichorion*, donné par Chaussier.

Les surfaces du sac qui contenait le fluide, restent lisses comme les séreuses, et se séparent facilement : ce que nous avons observé plusieurs fois. Ce fluide servirait-il, comme le pensent quelques-uns, à l'alimentation de l'embryon des premières semaines ? Cette membrane ne pourrait-elle pas, dans quelques cas anormaux, continuer de se développer, et donner lieu à cette accumulation de fluide entre les membranes, et, par suite, à l'écoulement de fausses eaux plus ou moins long-temps avant l'ouverture de la poche amniotique, sans nuire essentiellement au fœtus? ce que nous avons observé plusieurs jours, des semaines, quatre et même cinq avant l'accouchement. A moins qu'on ne veuille considérer cette poche comme un produit morbifique, une espèce d'hydatide, ou bien encore comme la coque d'un second œuf, dont l'embryon aurait été résorbé : ce qui pourrait bien être.

SECTION II.

Disposition de la Membrane caduque.

Les rapports de cette membrane avec l'œuf sont encore un objet de controverse. Cependant, selon le plus grand nombre des observateurs, cette membrane enveloppe l'œuf dans sa totalité ; elle passe sous le placenta ; elle s'y trouve *double*, comme partout ailleurs, de la cavité utérine. Selon d'autres, au nombre desquels se trouve M. *Velpeau*, la membrane caduque n'est double que sur le chorion. « Cette » membrane *anhiste* ou caduque, dit ce professeur, forme

» une espèce de bourrelet autour du disque du placenta, » et ce gâteau vasculaire se trouverait nu sur la face de » la cavité utérine. » Nous reviendrons bientôt sur ce point.

Nous avons eu occasion d'examiner plusieurs fois, après la mort, le placenta encore attaché à l'utérus à différens termes de la grossesse; chaque fois nous avons pu suivre la caduque derrière le placenta. Nous avons encore sous les yeux un specimen, que nous conservons dans une solution de sublimé. Incisée sur plusieurs points de l'épaisseur du placenta ainsi préparé, cette membrane par sa blancheur actuelle tranche avec le tissu brunâtre du placenta. La caduque n'a jamais manqué de se montrer derrière la masse compacte des môles en grappes que nous avons observées (1).

Les expériences toutes récentes du docteur *Lée* viennent fortifier encore les opinions émises et accréditées depuis

---

(1). M Velpeau qui nous a fait l'honneur de nous citer à propos du mode d'union de la caduque, s'est trompé sur le sens de notre expression à ce sujet. Nous disions en effet que nous n'avions vu dans nos dissections qu'une *simple membrane* située entre le placenta et l'utérus. En parlant ainsi, nous faisions allusion aux opinions des auteurs qui comparaient ce moyen d'union avec le placenta, à la greffe des végétaux, aux plantes parasites, au gui de chêne, etc., et la preuve que nous n'avons pas voulu dire que la décidua était une membrane *simple*, et que nous faisions abstraction de toute idée d'*unité* et de *pluralité*, c'est qu'à la section suivante de la partie citée de notre Mémorial, 5e édition, à propos de l'usage de cette membrane, nous disions : cette membrane paraît destinée *à envelopper* l'œuf fécondé, à lui servir de moyen d'union avec le nouvel organe qu'il vient habiter; mais une note d'une assez grande étendue sur ce sujet, page 272 de notre traduction du Traité des Hémorrhagies de Rigby, publiée en 1818, exprime formellement notre opinion à cet égard, qui n'a pu que se fortifier depuis par les nouveaux exemples que nous avons rencontrés.

long-temps sur ce point. C'est au moyen d'un appareil propre à disséquer les mollusques sous l'eau, qu'il a examiné le premier utérus auquel était encore attaché le placenta ; c'est en séparant l'un de l'autre ces deux organes, qu'il dit avoir vu *flotter* librement la membrane caduque qui existait entre eux; c'est en coupant sur l'épaisseur des parois de l'utérus, de dehors en dedans de l'organe, qu'il est parvenu à séparer couche par couche le tissu de ce viscère jusqu'à sa face interne; c'est ainsi, *sous l'eau*, qu'il a pu voir des sinus utérins ouverts à la surface interne de ce viscère, sinus *qui étaient fermés par une membrane fine qui faisait partie de la décidua.*

Ces expériences que nous avions déjà faites, il y a dix-huit à vingt ans, qui nous avaient servi à distinguer l'organisation des tissus du corps et du col de l'utérus à des états différens, ainsi que celle des annexes du fœtus, ces expériences ont encore été répétées depuis 1830 par les docteurs *Owen* et *Ch. Millard.*

Ces deux expérimentateurs ont insufflé les veines ovariennes et utérines, le placenta étant encore attaché à la matrice. Il n'a pas passé le moindre atome d'air dans le placenta, bien que la portion de la caduque utérine fût évidemment soulevée par l'air insufflé. Et cependant, comme le font remarquer les auteurs de ces expériences, le placenta était encore attaché à l'utérus au moyen d'une certaine quantité de substance cellulo-pulpeuse qui s'enlevait facilement sous les doigts.

Le même résultat fut obtenu à peu près à la même époque, par *Astley Cooper*, sur l'utérus d'une femme morte du choléra au septième mois de la grossesse (septembre 1832). C'est sur cette pièce, qui n'avait subi aucune injection et qui fut examinée aussi sous l'eau, qu'il a vu la décidua fermer les sinus ainsi que l'orifice utérin des trompes.

Le docteur *Lée*, qui rapporte ce résultat obtenu par *Ast. Cooper,* fait remarquer que, dans aucun cas de cette nature, cités par lui, L, il n'avait point été fait d'injections de matières étrangères dans les vaisseaux de l'utérus ni dans ceux du placenta.

Fonctions de la décidua.

Cette membrane sert d'abord de nid à l'œuf fécondé, de moyen d'union entre lui et l'utérus, et peut-être aussi de nutrition dans les premiers temps de la conception, et, selon l'auteur du *Traité de l'Ovologie*, à circonscrire le placenta.

Mais la substance molle, pulpeuse, de la décidua, est-elle bien propre à produire cette circonscription? Si le placenta ne jouit que d'une étendue bornée, la cause en est bien plutôt, ce nous semble, dans la nature du tissu de la région utérine où se trouve inséré ce gâteau vasculeux: le placenta s'écarte d'autant plus de sa forme circulaire, qu'il est plus rapproché des régions inférieures de la matrice.

En résumé, la membrane caduque tapisse la totalité de la matrice avant l'arrivée de l'ovule; celui-ci repousse peu à peu la membrane qui s'interpose entre le lieu où va se développer le placenta et l'utérus, de manière à envelopper l'ovule en totalité. La portion de membrane ainsi repoussée s'allonge, se distend, et laisse un intervalle entre ses deux lames qui est occupé par un fluide séreux. Ce fluide est résorbé vers le deuxième mois, laisse les deux surfaces des membranes en contact; elles finissent, le plus ordinairement, par se confondre et disparaître.

SECTION III.

Du Chorion.

Cette membrane, ainsi que celle qu'elle renferme, est

propre au fœtus : c'est la membrane externe de l'œuf tel qu'il fut détaché de l'ovaire avant d'être parvenu dans l'utérus ; elle se trouve située entre l'amnios et la caduque. Nous avons pu l'observer plusieurs fois dans les premières semaines de la gestation ; elle présentait une surface lisse, d'autres fois tomenteuse, couverte d'un léger duvet. Cette surface est bientôt couverte de nombreux filamens, dont les véritables caractères ne nous semblent pas suffisamment appréciés. Nous pensons que ces filamens, si nombreux, si délicats, sont plutôt des espèces de suçoirs que des villosités imperméables, comme on le dit. Nous les avons vus, chez un fœtus de cinq mois, se laisser pénétrer du fluide d'une injection avec l'alcool teint en rouge. Nous nous sommes servi, pour cette expérience, d'une seringue armée d'un tube de verre très-effilé ajusté à la veine ombilicale.

« Ces villosités, en s'allongeant, dit M. Velpeau, sont » terminées par des granulations qui persistent pendant » quelques mois pour disparaître ensuite. »

On voit sur les extrémités de certaines racines des végétaux, des granulations, des spongioles, qui servent à l'absorption de sucs propres à nourrir la plante. Mais comment a-t-on pu s'assurer de ce phénomène sur le sujet vivant, sur la femme surtout ? Qui dirait que ces granulations sont des produits anormaux développés en dehors des villosités (et, selon nous, des *vasculosités*), pourrait être aussi près de la vérité que ceux qui avancent le contraire. Comme il est impossible de savoir ce qui se serait passé si l'avortement n'avait pas eu lieu, comme on ne décide ici que par supposition, il nous semble prudent de rester dans le doute à cet égard. Que les granulations deviennent par la suite des hydatides en grappes, si l'embryon meurt, cela est bien plus probable.

Ces villosités sont de véritables vaisseaux qui, par la

suite, comme on va le voir tout à l'heure, sont l'épanouissement des vaisseaux principaux que renferme le cordon ombilical.

La face interne ou amniale du cordon est en contact avec l'amnios au moyen d'une couche muqueuse réticulée en apparence, et qui, dans l'état naturel, n'adhère jamais au chorion.

Très-mince, simple peut-être partout ailleurs sur la coque fœtale, le chorion est *double* sur le placenta. C'est entre ces deux lames, très-fines, que serpentent les *divisions principales* des vaisseaux ombilicaux qui y sont très-adhérentes; on peut cependant les en séparer, si l'on a l'attention de soumettre pendant plusieurs mois le placenta et les membranes d'un fœtus à terme à l'action d'une forte solution de sublimé. Par ce moyen, tous les tissus ont acquis une solidité assez grande pour résister aux efforts ménagés qu'il faut faire pour les isoler les uns des autres dans une certaine étendue de leur trajet.

Ne serait-ce pas aux adhérences fortes et multipliées des vaisseaux du cordon sur le placenta, aux nombreuses divisions de ses vaisseaux et à la disposition de ces houpes *duvéteuses* des cotylédons du placenta, dont il sera bientôt question, que l'on pourrait attribuer la circonscription de cet organe vasculeux, plutôt qu'à l'absence de la décidua derrière cette masse?

Notre supposition pourrait se changer en certitude, si l'on examinait de plus près ce qui se passe tous les jours dans les grossesses gemellaires, où les deux placentas sont réunis. Au point de jonction des deux masses, on remarque une espèce de bourelet épais, solide, une espèce de suture formée par la réunion, sur ce point, des deux chorions qui se replient chacun de leur côté, et s'adossent dans une certaine étendue de leur surface. Ces deux portions du chorion, *doublées* l'une par l'autre,

sont bien évidemment *dépourvues* de la membrane caduque.

Si, comme le veulent quelques-uns, la membrane caduque ne passait jamais sous le placenta, on conviendra que dans les grossesses multiples, où les placentas occupent une étendue en raison directe du développement du produit de la conception, et dans lesquels les chorions sont en contact par leurs surfaces respectives, la décidua ne jouerait qu'un bien faible rôle, puisque la presque totalité des œufs serait privée de cette membrane. (*Voy.* pl. 16, fig. 12.)

Nous supposons ici que les œufs gémeaux sont arrivés ensemble dans l'utérus, qu'ils se sont trouvés accolés par un point de leur surface et enveloppés de toutes parts dans la même membrane de connexion; car si les ovules arrivaient chacun de leur côté, de chaque trompe, il y aurait dans ce cas quadruple décidua dans le point de contact des deux œufs; ou si les ovules arrivaient par la même trompe à des époques différentes, il faudrait supposer une superfétation que nous n'admettons que dans certains cas (1).

Généralement chaque fœtus reste enfermé dans sa coque. Cependant il arrive quelquefois que la double cloison qui les sépare venant à se rompre, les deux coques n'en font plus qu'une, et les deux fœtus se trouvent baignés des mêmes eaux. Il n'est pas besoin d'ajouter que ce phénomène peut s'observer dans les cas de triple et quadruple grossesse, et que la collision des embryons par quelques points de leur surface peut également s'opérer dans ce cas. Rapprochons ici les idées qui ont été émises sur le chorion, et que nous croyons les mieux fondées:

Le chorion est formé par l'ovule détaché de la glande ovarienne.

La surface extérieure du chorion paraît lisse dans les

(1) Voyez *Dissertation sur les cas d'utérus doubles*, par Cassan.

premières semaines de la conception, puis tomenteuse, puis elle reste duveteuse jusqu'à la fin de la grossesse; c'est-à-dire qu'elle présente à cette époque des houpes semblables à du *duvet*, lorsqu'on est parvenu, comme nous l'avons fait, à disséquer les cotylédons du placenta (1).

La nature des granulations du chorion ne nous paraît pas suffisamment démontrée.

Les vésicules molaires se développent avant les vaisseaux sanguins du cordon ombilical; car on ne rencontre pas de vaisseaux de cette nature dans ces dégénérescences, et on a vu le cordon rempli d'hydatides.

Le chorion est double sur la face fœtale du placenta; les vaisseaux ombilicaux rampent entre ces deux lames; les radicules du placenta s'épanouissent à la surface interne du chorion sous forme de houpes duveteuses, flottantes, et se présentent ainsi sur le placenta disséqué, plongé dans l'eau. (*Voy*. pl. 16 et 17.)

SECTION IV.

De la membrane Amnios.

Cette membrane, la plus interne de l'œuf, légèrement adhérente au chorion par des filamens muqueux, a été décrite aussi de différentes manières.

Dans les premières semaines de la conception, cette poche séreuse est beaucoup plus petite que le chorion; son volume serait à peu près celui d'un gros pois. Piriforme ou globulaire, elle est suspendue au chorion par un léger pédicule. Les parois de cette membrane sont très-diaphanes; le fluide qu'elle contient est sans couleur; elle est très-fine, très-molle et beaucoup plus transparente que le

---

(1) Cette espèce de duvet ne servirait-elle pas, en partie, comme les plumes des oiseaux, à absorber l'oxigène du sang de la mère?

chorion : le contraire a lieu vers la fin de la grossesse. A cette époque, lorsque cette membrane a subi l'influence d'une longue immersion dans une solution de sublimé, elle devient très-solide, et on la voit traverser en différens sens par de longs filets blancs qui nous paraissaient de nature vasculeuse ; c'est au moins ce que nous avons cru remarquer sur différentes pièces.

Dans les premiers temps de la conception, selon quelques auteurs, l'embryon serait fixé à l'extérieur de l'amnios. Ce ne serait qu'après l'évolution ou le renversement de cette membrane que l'embryon se trouverait à l'intérieur et suspendu par une espèce de cordon, prolongement de cette poche que l'on retrouve beaucoup plus tard à quelques pouces au-dessus du placenta. Dans cette supposition, le fœtus serait dans la membrane amnios comme le poumon dans la plèvre. Cette partie de l'œuf nous paraît avoir encore besoin d'être étudiée.

De l'usage des Membranes.

Elles servent de premier domicile au fœtus, de réservoir à l'eau qui l'environne, de communication aux vaisseaux lymphatiques, à former une enveloppé au cordon ombilical, à tapisser la face fœtale du placenta, et à faciliter au moyen de l'eau de l'amnios la dilatation du col de l'utérus pendant la grossesse, et de son orifice externe pendant le travail de l'accouchement.

On croit généralement que les membranes étant circonscrites et bornées à la cavité de l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse, l'épichorion, ainsi que les autres membranes, ferment l'orifice interne. Mais en observant bien ce qui se passe dans le développement de la matrice, depuis et même avant cette époque, il est évident que les membranes s'étendent et se prolongent dans le col utérin à mesure que cette portion de l'utérus s'évase

premières semaines de la conception, puis tomenteuse, puis elle reste duveteuse jusqu'à la fin de la grossesse; c'est-à-dire qu'elle présente à cette époque des houpes semblables à du *duvet*, lorsqu'on est parvenu, comme nous l'avons fait, à disséquer les cotylédons du placenta (1).

La nature des granulations du chorion ne nous paraît pas suffisamment démontrée.

Les vésicules molaires se développent avant les vaisseaux sanguins du cordon ombilical; car on ne rencontre pas de vaisseaux de cette nature dans ces dégénérescences, et on a vu le cordon rempli d'hydatides.

Le chorion est double sur la face fœtale du placenta; les vaisseaux ombilicaux rampent entre ces deux lames; les radicules du placenta s'épanouissent à la surface interne du chorion sous forme de houpes duveteuses, flottantes, et se présentent ainsi sur le placenta disséqué, plongé dans l'eau. (*Voy.* pl. 16 et 17.)

SECTION IV.

De la membrane Amnios.

Cette membrane, la plus interne de l'œuf, légèrement adhérente au chorion par des filamens muqueux, a été décrite aussi de différentes manières.

Dans les premières semaines de la conception, cette poche séreuse est beaucoup plus petite que le chorion; son volume serait à peu près celui d'un gros pois. Piriforme ou globulaire, elle est suspendue au chorion par un léger pédicule. Les parois de cette membrane sont très-diaphanes; le fluide qu'elle contient est sans couleur; elle est très-fine, très-molle et beaucoup plus transparente que le

(1) Cette espèce de duvet ne servirait-elle pas, en partie, comme les plumes des oiseaux, à absorber l'oxigène du sang de la mère?

chorion : le contraire a lieu vers la fin de la grossesse. A cette époque, lorsque cette membrane a subi l'influence d'une longue immersion dans une solution de sublimé, elle devient très-solide, et on la voit traverser en différens sens par de longs filets blancs qui nous paraissaient de nature vasculeuse ; c'est au moins ce que nous avons cru remarquer sur différentes pièces.

Dans les premiers temps de la conception, selon quelques auteurs, l'embryon serait fixé à l'extérieur de l'amnios. Ce ne serait qu'après l'évolution ou le renversement de cette membrane que l'embryon se trouverait à l'intérieur et suspendu par une espèce de cordon, prolongement de cette poche que l'on retrouve beaucoup plus tard à quelques pouces au-dessus du placenta. Dans cette supposition, le fœtus serait dans la membrane amnios comme le poumon dans la plèvre. Cette partie de l'œuf nous paraît avoir encore besoin d'être étudiée.

De l'usage des Membranes.

Elles servent de premier domicile au fœtus, de réservoir à l'eau qui l'environne, de communication aux vaisseaux lymphatiques, à former une enveloppé au cordon ombilical, à tapisser la face fœtale du placenta, et à faciliter au moyen de l'eau de l'amnios la dilatation du col de l'utérus pendant la grossesse, et de son orifice externe pendant le travail de l'accouchement.

On croit généralement que les membranes étant circonscrites et bornées à la cavité de l'utérus pendant les six premiers mois de la grossesse, l'épichorion, ainsi que les autres membranes, ferment l'orifice interne. Mais en observant bien ce qui se passe dans le développement de la matrice, depuis et même avant cette époque, il est évident que les membranes s'étendent et se prolongent dans le col utérin à mesure que cette portion de l'utérus s'évase

et se développe au profit du corps de ce viscère. Cette espèce de prolapsus de la portion inférieure de l'œuf s'opère avec d'autant plus de sécurité, qu'il n'a jamais lieu que lentement et progressivement ; qu'il ne cesse point d'être soutenu par les parois de l'utérus d'une part, et de l'autre par l'eau de l'amnios.

SECTION V.

De l'eau de l'Amnios.

Le fluide amniotique, déjà assez abondant dès les premières semaines de la conception, augmente encore en quantité à mesure que la membrane qui le renferme immédiatement augmente en étendue et que l'embryon acquiert un volume plus considérable.

La source de ce fluide et ses propriétés chimiques sont encore, au moins en partie, des sujets en discussion. Le fluide, disent quelques-uns, ne saurait venir de la matrice, puisque la membrane qui le renferme est *isolée* de la face interne du chorion dans les premières semaines de la grossesse, et la quantité en est trop considérable à cette époque pour penser qu'elle soit le résultat d'une sécrétion du fœtus. Cette eau est-elle en effet le produit d'une transsudation ou d'une simple exhalation comme la sérosité du péricarde, des plèvres, ainsi que le veut l'auteur déjà cité?

Quantité d'eau de l'Amnios.

Elle dépend beaucoup de la constitution de la mère ; elle est plus abondante chez les femmes lymphatiques, scrophuleuses, que chez d'autres. Le volume d'eau est généralement en raison inverse de celui de l'enfant à toutes les époques de la grossesse, chez une femme saine et bien portante.

De l'usage de l'eau de l'Amnios.

Ce fluide joue un rôle très-important dans la grossesse, puisque sans lui le fœtus ne saurait se développer. En effet, par son volume ce fluide contribue à la dilatation, à l'écartement des parois de l'utérus; il protége le fœtus, il le garantit, ainsi que le cordon, contre l'action propre de l'organe. Dans les premiers temps, l'eau favorise la présentation de la tête vers l'orifice utérin; l'eau sert à comprimer mollement les parties de l'enfant, à remplir les vides que ses membres laissent entre eux, à empêcher leur coalition; en pénétrant dans la bouche du fœtus et dans les cavités plus profondes, l'eau de l'amnios entretient la dilatation et l'écartement de leurs parois.

Dans les premières semaines de la vie embryonnaire, où les cavités abdominales et thoraciques sont largement ouvertes, ainsi que l'intestin, qui n'est alors qu'une gouttière droite, ne se pourrait-il pas que l'eau de l'amnios fût encore nécessaire pour baigner les viscères naissans, en favoriser le développement, l'isolement, avant que les parois de ces deux grandes cavités viennent les clore, les renfermer de toutes parts, et les mettre à l'abri de tout autre contact? Cette opinion, nous l'avons déjà exprimée ailleurs, à l'occasion d'un rapport sur les propriétés de ce liquide (1). Voic ce que dit *Fohmann* à ce sujet, dans le mémoire qu'il a publié en 1832 (2).

« Nous regardons les vaisseaux lymphatiques du placenta comme l'unique source de nutrition; l'eau de l'amnios

---

(1) *Voyez* notre compte rendu du *Traité des accouchemens* de Velpeau, journal hebdomadaire de médecine, vol. IV, août 1829.

(2) Mémoire sur les vaisseaux lymphatiques du placenta et du cordon ombilical. Liége, 1832.

pendant l'époque de la gestation où les vaisseaux ilio-ombilicaux ne sont pas encore en contact avec la matrice, et que les relations placentaires ne sont pas encore établies.

« Comme cette eau se montre alors au-dehors aussi bien qu'au-dedans de l'amnios, et qu'en suivant la face externe de la membrane *elle peut, à travers la large ouverture du nombril, mouiller la cavité abdominale et les parties qui s'y trouvent, ainsi que la peau du fœtus, l'absorption peut s'en faire sur plusieurs points.* »

On voit que si *Fohmann* ne nous a pas emprunté cette idée, que nous nous sommes parfaitement rencontrés sur cette propriété de l'eau de l'amnios soupçonnée trois ans avant lui. (*Voy.* pl. 16, fig. 7, 8 et 9.)

Une autre propriété beaucoup plus évidente de ce fluide et que tout le monde lui reconnaît, c'est celle de garantir la mère des sensations trop fortes qu'auraient pu lui occasionner les mouvemens de son enfant dans les derniers mois de la grossesse.

Dans les premiers temps du travail de l'accouchement, l'eau contenue encore dans les membranes facilite la dilatation, l'agrandissement de l'orifice de l'utérus, rend l'opération plus facile, moins dangereuse pour la mère et pour l'enfant, dans les cas de *version* : ce qui a fait dire à Peu que l'état des eaux est ce qu'il faut observer avec le plus de soin.

Cependant, lorsque la tête est plongée de bonne heure dans l'excavation du bassin, qu'elle occupe pour ainsi dire toute la capacité pelvienne, rarement l'eau vient former avec les membranes une poche à l'orifice : ce fluide séjourne au-dessus de la tête du fœtus ; il s'y trouve souvent en petite quantité ; mais le plus souvent encore, c'est quand les parois du col utérin sont étroitement serrées sur la tête de l'enfant, que l'eau ne trouve point de place pour s'écouler. Dans ce cas, on ne voit point de poche se former, les mem-

branès restent immédiatement appliquées sur la tête de l'enfant, et il en sort de la vulve pour ainsi dire coiffé.

SECTION VI.

Des vésicules de l'Embryon.

La vésicule ombilicale que quelques-uns ont prise pour une hydatide est, à l'époque de trois semaines ou un mois, pour ceux qui l'ont observée, un petit corps membraneux, transparent, de deux à trois lignes de diamètre. Elle est accolée à l'abdomen de l'embryon, et se trouve ensuite placée au point d'insertion du cordon avec la masse placentale; elle s'en éloigne plus tard et disparaît.

Cette vésicule remplirait chez l'embryon les fonctions du vitellus ou jaune d'œufs chez les oiseaux, et servirait à la nutrition de l'embryon avant la formation du placenta.

De l'Allantoïde.

Cette vésicule, située entre le chorion et l'amnios, est d'un tissu très-mince, remplie par une gelée transparente qui disparaît ordinairement vers le troisième mois de la gestation. La gelée contenue dans cette espèce de poche servirait aussi à nourrir l'embryon pendant les premiers temps de la grossesse, et non, comme on le croyait, pour servir de réservoir à l'urine du fœtus.

A ces vésicules, successivement admises et rejetées, on en compte une troisième, désignée sous le nom d'*Érytroïde*.

De l'Érytroïde.

Cette vésicule piriforme est, selon Pokels, adhérente sur l'amnios à la partie inférieure de l'embryon; elle grossit progressivement et s'ouvre dans l'abdomen du fœtus.

Dans un embryon de huit à 10 jours, cette vésicule est trois fois plus grosse que l'embryon lui-même, et disparaît le vingt-sixième jour. Un filet de cette vésicule pénètre dans l'abdomen ; ce filet devient le cordon ombilical. Ce qui en reste se présente comme des lamelles blanches à l'origine du cordon. Ce phénomène a lieu de la quatrième à la cinquième semaine.

Le cordon vermiforme de cette vésicule se contourne sur lui-même plusieurs fois, et se dirige vers l'abdomen du fœtus. Les intestins proviennent en partie de la vésicule érytroïde. (*Voy.* pl. 16, fig. 10 et 16.)

SECTION VII.

Du Cordon ombilical.

Cette espèce de colonne torse, vésiculo-membraneuse, qui sort de l'abdomen du fœtus pour se rendre au centre et quelquefois au bord du placenta, a reçu le nom de cordon parce qu'il présente aussi la forme d'une corde. Chez l'embryon, il est le conduit de la vésicule dont il a été mention tout-à-l'heure, et l'origine des intestins. Mais vers la fin de la dixième semaine le cordon se présente avec les formes et les caractères qu'on lui trouvera jusqu'au neuvième mois, où l'on y distingue trois vaisseaux sanguins apparens, deux *artères* et une *veine*. Il est à remarquer que vers le deuxième et le troisième mois de la grossesse, ces trois vaisseaux sont d'égale grosseur et d'un rouge vif ; et plus tard, avant que le fœtus ait respiré, veine et artères sont d'un rouge brun de même nuance.

Composition du Cordon.

Nous venons de dire que le cordon se compose de trois vaisseaux, deux artères et une veine ; d'une enveloppe commune qui leur serait fournie par l'amnios ; d'une hu-

meur blanche, glaireuse, *gélatine de Warton*, de vaisseaux lymphatiques, et, selon quelques anatomistes, de filets nerveux qui en parcourent toute l'étendue.

La veine ombilicale est le premier vaisseau apparent : c'est de son extrémité fœtale que naîtrait le premier rudiment du cœur, l'oreillette droite. Si le fait était bien constaté les artères ne seraient formées qu'après que les ventricules et l'oreillette gauche seraient façonnées, de manière à pouvoir transmettre le sang à l'aorte, puis aux artères ombilicales, comme nous le dirons en parlant de la circulation du sang.

Mais il existe encore des vaisseaux absorbans en grande abondance. Ils sont si nombreux, dit Fohmann déjà cité, ils sont si rapprochés les uns des autres, qu'on ne saurait éviter d'en piquer un, en quelque point que l'on y place la pointe d'une épingle. C'est dans ces vaisseaux, dit-il, que se trouve la gélatine de Warton, qui les distend à un degré plus ou moins considérable; c'est au moyen de ces vaisseaux absorbans que le fœtus établit et entretient des rapports avec la mère dans les premières semaines de la grossesse; ce sont ces vaisseaux qui pomperaient, aspireraient les fluides du *placenta utérin* pour les transmettre au fœtus par le moyen de la gaine ombilicale, avant que les vaisseaux de cette tige soient organisés de manière à remplir ses fonctions.

En effet, la gaine qui doit former le cordon, lorsqu'elle n'est encore longue que de deux ou trois lignes (embryon d'égale longueur), est visible avant qu'on n'y aperçoive des vaisseaux rouges. Il ne serait donc pas impossible que l'embryon vécût, pendant un certain temps, au moyen de ces vaisseaux blancs de Fohmann et de Warton.

De la grosseur du Cordon.

Le volume de cette tige vasculeuse est relatif à la gros-

seur des vaisseaux sanguins qui la parcourent, à celle des vaisseaux absorbans qui l'enveloppent les premiers, et à la quantité du fluide gélatineux qu'ils contiennent : son diamètre est de six à huit lignes. Plus gros, on l'appelle cordon gras ou gélatineux ; plus mince, cordon grêle. C'est à l'absence de la gelée de Warton que l'on attribue avec raison sa disposition *vrillée* ou en spirale serrée. Mais très-rarement le cordon n'est composé que de deux vaisseaux, une artère et une veine ; d'autres fois de plusieurs veines et d'une seule artère. D'autres fois encore, le cordon n'a présenté à la place des vaisseaux que des corps vésiculaires.

De la longueur du Cordon.

Rien de plus varié que la longueur de cette chaîne vasculaire qui, généralement, égale la longueur totale du corps du fœtus, 18 à 22 pouces.

Aux différentes époques de la vie utérine, nous avons trouvé généralement les mêmes proportions de longueur observées de la part du cordon à l'égard du fœtus. Cependant nous avons vu l'embryon de trois ou quatre lignes de longueur, dont la tige aplatie qui en formait le cordon n'avait pas plus d'étendue ; d'autres fois le cordon surpasse en longueur trois ou quatre fois celle du fœtus à terme. Nous avons vu un embryon de trois mois environ, avoir un cordon de 15 pouces de longueur, et chez des fœtus à terme, la tige ombilicale n'ayant que 12, 6 et 3 pouces. Nous avons vu le cordon si court qu'il semblait sortir de l'ouverture ombilicale de l'abdomen du fœtus.

La brièveté naturelle du cordon peut dépendre aussi de ces nœuds qui se forment sur son trajet. Lorsque le cordon forme un anneau et que le fœtus plonge au milieu de ce cercle sans remonter directement au-dessus, s'il répète plusieurs fois cette espèce d'évolution et de la même manière, il se formera autant de nœuds sur le cordon.

Cette chair e perd encore beaucoup de sa longueur par la torsion qu'elle éprouve de certaines évolutions rapides que fait le fœtus à l'état d'embryon. Nous avons vu des fœtus de cinq à six mois avec un cordon du diamètre d'un gros fil à coudre, et dont les spirales étaient aussi serrées que celles du fil qui nous sert d'objet de comparaison : disposition qui avait interrompu la circulation et causé la mort de l'embryon. Cet accident, ainsi que plusieurs autres affections du cordon ombilical, peuvent également arrêter le développement du fœtus, et même donner lieu à des vices de conformation, soit par atrophie ou autrement, ce que nous avons observé dans plusieurs cas de maladie du cordon.

Disposition des Vaisseaux du Cordon.

Le plus ordinairement les vaisseaux, *veine* et *artères*, se contournent les uns sur les autres. Mais on a remarqué que les artères décrivent des anses plus lâches, et sont en général plus longues que la veine qui, à elle seule, est plus volumineuse que les deux artères réunies chez le fœtus qui approche de son terme; car, dans les premiers temps de la formation, comme nous l'avons déjà dit, les vaisseaux sont droits sans la moindre torsion et d'égale grosseur. Assez souvent la veine présente des nodosités, des espèces de tumeurs variqueuses plus ou moins grosses, dont la rupture s'est opérée dans l'utérus, comme l'ont dit quelques-uns. Mais pour nous, ce fait nous a paru inventé pour justifier la mort du fœtus, arrivée par toute autre cause pendant la délivrance (1).

Quelquefois ces vaisseaux, au lieu de se grouper en faisceaux enlacés et de cheminer ensemble jusqu'à un centre commun, s'en écartent et vont s'égarer dans l'épaisseur

(1) *Voyez* notre Mémoire sur les hémorrhagies utérines.

des membranes qui forment la coque de l'œuf; ou bien ils en sont divisés vers leur origine, et offrent l'apparence de plusieurs cordons séparés.

De l'usage du Cordon.

Il coopère à la nutrition du fœtus, d'abord très-faiblement, c'est-à-dire dans les premières semaines; puis ensuite d'une manière très-active lorsqu'il est chargé de porter le sang de la matrice au fœtus, et de celui-ci au placenta. Lorsqu'il est d'une longueur convenable, le cordon sert à favoriser les mouvemens du fœtus, à prévenir le décollement du placenta, soit avant, soit pendant, ou immédiatement après l'accouchement. Il sert encore à l'art de moyen de faciliter l'expulsion du reste des annexes du fœtus.

SECTION VIII.

Du Placenta.

Cette partie de l'œuf, centre et moyen de la circulation fœtale que l'on appelle *placenta*, à cause de sa ressemblance avec un gâteau plat et rond; *arrière-faix*, parce qu'il sort après le fœtus; et enfin délivre parce qu'en effet il complète la délivrance de la femme.

Le placenta est une masse formée par l'assemblage des ramifications de la veine et des artères du cordon ombilical, de la portion des membranes dont il est revêtu, et dans lequel on reconnaît aujourd'hui l'existence de vaisseaux lymphatiques.

Depuis quelque temps on a ajouté au placenta l'épithète de *fœtal*, par opposition à une disposition membraneuse selon les uns, et vasculeuse selon les autres, qui se ferait remarquer à la face interne de la matrice pendant la grossesse et après la sortie du fœtus et de ses annexes. (*Voyez* pl. 16, fig. 1.)

C'est cette disposition que l'on désigne aujourd'hui sous le nom de *placenta utérin*. Selon *Lauth* et d'autres observateurs, ce placenta utérin qui se trouverait situé entre la matrice et le placenta fœtal, serait composé de vaisseaux absorbans d'où viendraient les branches qui vont aboutir dans les veines des *deux placentas* utérin et fœtal.

Mais rappelons ici ce qui se passe après la délivrance opérée par les contractions de l'utérus, à l'endroit où le placenta était attaché. On remarque une surface fongueuse, mamelonnée, parsemée de petits lambeaux membraneux. Cette disposition, que nous avons fait remarquer ailleurs, nous a toujours paru l'effet de la contraction de la matrice, de la rétraction des orifices ou sinus veineux, dont un grand nombre superficiels, ouverts à la surface utérine auparavant, se sont enfoncés dans les sillons produits par le resserrement du tissu intérieur de l'organe. Quelques lambeaux de la décidua qui couvraient ces orifices, se trouvent entraînés avec les sinus, et les autres portions restent flottantes à la face interne de l'utérus, surtout quand la pièce est plongée dans l'eau.

De là sans doute cette ressemblance avec la face utérine du placenta proprement dite, disposition dont nous avons déjà parlé ailleurs. Ou bien voudrait-on comparer cette disposition aux cotylédons maternels des ruminans? Mais nous croyons avoir assez bien examiné un certain nombre de produits de ces derniers pour être convaincue qu'il n'y a pas la moindre analogie entre eux sous ce rapport.

Mais revenons à cet organe, connu jusqu'à présent comme le centre de la circulation du fœtus.

Le placenta ne présente, dit-on, ses caractères distinctifs que le deuxième ou troisième mois de la grossesse, où les vaisseaux sanguins pénètrent son tissu : c'est alors qu'il présente deux faces, l'une *utérine* et l'autre *fœtale*.

La face utérine est celle qui est accolée immédiate-

ment, selon quelques-uns, au moyen d'une membrane lamelleuse indépendante de la caduque ou décidua; selon d'autres encore, avec lesquels nous nous rangeons, le placenta est uni au moyen de la caduque elle-même, membrane double en cet endroit comme partout ailleurs de la cavité de l'utérus.

En effet, une couche molle plus ou moins poreuse, et qui en quelques points paraît lisse, reste attachée à la face interne de l'organe incubateur de la manière expliquée plus haut, et l'autre plus fine, plus transparente, reste attachée au placenta. Cette membrane, très-fine, diaphane, s'enfonce un peu dans les sillons qui séparent les cotylédons les uns des autres. Mais elle est tendue sur cette face du placenta lorsqu'il est décollé artificiellement sur l'utérus en état de plénitude chez une femme morte enceinte avant la contraction utérine. Dans cette dernière circonstance, on peut dire que le placenta est plus grand, plus large, plus lisse et moins épais. Ces cotylédons sont plus espacés les uns des autres qu'après la séparation opérée par la contraction utérine. (*Voy.* pl. 16, fig. 13, et pl. 17 fig. 1re.)

Face fœtale du Placenta.

Elle regarde le fœtus; elle porte le cordon qui sort de son ventre; elle est en contact avec lui et l'eau qui l'entoure. Cet organe est concave lorsqu'il est encore attaché à l'utérus, et convexe lorsqu'il en est séparé. Cette surface présente les ramifications des vaisseaux du cordon qui sont recouvertes par la membrane amnios, puis par les deux couches du chorion, entre lesquelles, comme nous l'avons dit, rampent ces ramifications vasculaires.

Composition du Placenta.

Chaque division des artères et des veines forme un pe-

tit appareil circulatoire qui compose un des cotylédons du placenta. Les subdivisions des vaisseaux sont très-rapprochées de la branche principale qui les produit, et forment une espèce de pinceau touffu que l'on peut comparer à un assemblage de nombreux filets d'une plume de duvet, tant ces ramuscules vasculeux sont nombreux, fins et déliés. Chacun de ces petits pinceaux duveteux forme un des cotylédons à terme. Séparés de leur gangue, encore injectés de mercure, ces cotylédons présentaient des glands à filets argentins très-brillans, très-délicats et d'une finesse extrême. Après avoir soumis à l'influence d'une solution de sublimé le placenta à terme, et avoir disséqué les cotylédons (1), nous plaçâmes la pièce ainsi préparée dans un vase de cristal rempli d'eau transparente, et les cotylédons étaient alors si légers qu'ils flottaient en s'épanouissant dans l'eau où ils se trouvaient soutenus par le chorion que nous avions conservé intact.

Cette pièce unique peut-être est encore sous nos yeux; nous en avons donné une partie à M. *Chazal*, qui en a fait le dessin. (Voir la planche n° 17, fig. 1re.)

Ainsi on voit par leur disposition que ces pinceaux *duveteux*, analogues jusqu'à un certain point à ceux des mammifères, plongent perpendiculairement vers la face utérine à travers une espèce de *feutrage*, qui est peut-être le produit d'une excrétions des radicule du placenta : nous comparons ce produit aux excrétions radiculaires de certaines plantes qui servent à débarrasser le végétal vivant des matières qui n'ont pu s'assimiler à lui ou qui pourraient nuire à sa santé; de là pourraient naître aussi

(1) C'est-à-dire grattés avec le dos d'un scalpel pour séparer les cotylédons les uns des autres et les gratter de nouveau isolément pour les débarrasser de toutes les matières qui leur étaient étrangères, mercure et autres.

pendant le premier mois de la grossesse, il est généralement reçu que le placenta est le centre de la circulation du sang chez le fœtus, qu'il sert à vivifier ce fluide et à lui fournir de nouveaux matériaux de nutrition.

On a comparé le placenta sous le rapport de ses fonctions aux poumons de l'individu qui a respiré. Il absorberait par les radicules de ses vaisseaux l'oxigène du sang de la mère, comme les bronchies (les ouïes) des poissons absorbent l'oxigène de l'eau. On a même cru entendre le bruit de cette espèce de respiration chez le fœtus, à travers les tissus de l'utérus et de l'abdomen de la mère (souffle placentaire).

Quoique très-attentive, nous n'avons jamais connu distinctement ce bruit respiratoire ; et si nous avons entendu un bruit analogue, nous l'avons attribué tantôt à la respiration de la mère ou à la nôtre, dont l'air expiré venait frapper en glissant sur la peau du ventre de la femme auscultée, tantôt aux battemens des artères qui environnent l'utérus : aussi sommes-nous restée dans le doute.

De nombreuses expérimentations auxquelles s'est livré M. le professeur P. Dubois, lui ont appris que ce souffle placentaire n'était autre que le résultat d'une circulation tumultueuse dans les sinus veineux de l'utérus (1).

ARTICLE II.

Développement graduel du Fœtus.

La grandeur et le poids du fœtus sont en général relatifs au temps de la grossesse. Ils varient cependant beaucoup. L'époque de la conception, celle de l'expulsion,

---

(1) Il ne faut pas oublier que ce sont les artères ovariennes qui fournissent le sang des sinus veineux ; que c'est du sang artériel qui est apporté au placenta par cette voie.

l'âge, la constitution de la mère, sa manière de vivre, ses passions, surtout pendant la grossesse, exercent une influence plus ou moins grande sur le produit de la conception.

Nous répétons ici qu'il est très-difficile d'assigner à l'embryon expulsé mort l'époque précise où il a cessé de vivre. Nous avons vu souvent l'embryon rester encore long-temps, plusieurs semaines, plusieurs mois, mort dans l'utérus avant d'en être expulsé. L'avortement n'a été rendu visible qu'après avoir eu lieu long-temps auparavant dans l'utérus.

Quoi qu'il en soit, d'après un grand nombre d'observations récentes, on peut regarder les résultats suivans comme terme moyen et le plus ordinaire.

A dix ou douze jours, embryon non appréciable ; produit consistant en une vésicule transparente qui offre l'aspect d'une hydatide velue, dont la surface, libre de toute adhérence, est chagrinée et comme fongueuse dans toute son étendue (*Velpeau*). Nous avons vu cette vésicule lisse à sa surface, suspendue au milieu d'un repli de la décidua, repli qui s'étendait en se recourbant d'un orifice tubaire à l'autre. Cette vésicule ne contenait à cette époque de dix à quinze jours qu'un flocon grisâtre (1), semi-transparent, qui s'est liquéfié au moment même de sa rupture (*voy.* pl. 16, fig. 1).

De quinze à vingt jours, l'embryon décrit un demi-cercle ; il affecte la forme d'un têtard ou d'un petit ser-

---

(1) Cette disposition, dont l'observation nous a été contestée, avait eu pour témoin le véridique *Chaussier*. Elle a été observée aussi par Evrart *Home*, par Ch. *Bell*. La figure qu'en a donnée ce dernier se trouve en tout semblable aux deux autres cas que nous avons rencontrés sur le cadavre de deux femmes mortes à la suite d'une métrite aiguë dans les premières semaines de la conception. Seraient-ce des cas anormaux? L'observation n'en subsiste pas moins.

ces concrétions de diverses natures que l'on rencontre assez souvent dans le placenta, telles que des substances graisseuses, osseuses et calcaires (1).

Situation du Placenta.

Ordinairement le placenta occupe une des régions supérieures de la cavité de l'utérus, le fond et le plus souvent les régions latérales supérieures. Selon quelques-uns, l'attitude de la femme pendant le coït contribuerait à la situation qu'affecte le placenta. Mais on sait bien que l'ovule fécondé ne pénètre pas de suite dans l'utérus. D'ailleurs, on ne voit guère le placenta se dessiner dans la matrice que vers la fin du deuxième mois. Il se pourrait cependant que la fréquence du commerce conjugal pendant les premiers mois de la grossesse contribuât, en excitant fortement le col de l'utérus, à appeler les radicules du placenta vers cette région inférieure de l'organe.

Nous sommes même tentés de croire que la présentation du placenta sur ou vers l'orifice de l'utérus ne reconnaît point d'autres causes. Dans ce dernier cas, il est fort rare que le placenta ait une forme régulièrement circulaire.

Nous avons vu le placenta en grande partie adhérent sur la tête du fœtus ou sur d'autres régions de son corps, à la suite de décollement partiel de cette masse et d'inflammation adhésive de la partie sur laquelle il s'était accolé lorsqu'il n'était encore qu'à l'état embryonnaire (2).

---

(1) *Voyez* les expériences de Duhamel et celles de Dutrochet, sur la disposition des racines dans certaines plantes.

(2) Un de ces cas nous a été communiqué par M. Champion de Bar-le-Duc, avec la figure qu'il a fait dessiner; le fœtus portait diverses traces d'altérations dans les organes des sens.

Dimension du Placenta.

Son diamètre est ordinairement de sept à huit pouces, son poids d'environ seize onces (une livre); son épaisseur au centre un pouce, et sa circonférence, ses bords, une ou deux lignes. Mais il s'en faut qu'il affecte toujours cette forme circulaire, et qu'il conserve le même degré d'épaisseur; tantôt il est oblong, ou échancré sur l'un de ses bords, présentant ou la forme d'une limande, d'une raquette ou d'un rein, d'un rognon de mouton; d'autres fois il est découpé en festons arrondis, en languettes allongées.

Nous avons vu encore le placenta partagé par petites portions, comme les cotylédons du placenta des ruminans; d'autres fois le placenta était formé d'une substance pulpeuse, molle, sans consistance, dont les portions se séparaient de la masse avec la plus grande facilité; ses fragmens s'étaient présentés sous l'aspect de coagulum peu solide; d'autres fois les vaisseaux ombilicaux se terminent librement et vont se rendre en serpentant sur les membranes, sans se concentrer en masses cotylédonées, arrondies et circonscrites comme le placenta normal. De là sans doute ces cas d'absorption de placenta qui ont pu en imposer à des gens habiles d'ailleurs, qui n'avaient pu extraire cette masse que par petites portions. D'autres fois le placenta se présente encore sous la forme d'une masse vésiculaire, pédiculée ou non pédiculée, et quelquefois offrant ces deux formes en même temps (1).

Fonctions du Placenta.

Laissant de côté les opinions émises sur ce qui se passe

(1) *Voyez* notre Mémoire sur l'absorption du placenta, et un autre Mémoire sur la môle vésiculaire, par madame *Boivin*; chez Baillière, rue de l'Ecole-de-Médecine, 13 *bis*.

pendant le premier mois de la grossesse, il est généralement reçu que le placenta est le centre de la circulation du sang chez le fœtus, qu'il sert à vivifier ce fluide et à lui fournir de nouveaux matériaux de nutrition.

On a comparé le placenta sous le rapport de ses fonctions aux poumons de l'individu qui a respiré. Il absorberait par les radicules de ses vaisseaux l'oxigène du sang de la mère, comme les bronchies (les ouïes) des poissons absorbent l'oxigène de l'eau. On a même cru entendre le bruit de cette espèce de respiration chez le fœtus, à travers les tissus de l'utérus et de l'abdomen de la mère (souffle placentaire).

Quoique très-attentive, nous n'avons jamais connu distinctement ce bruit respiratoire ; et si nous avons entendu un bruit analogue, nous l'avons attribué tantôt à la respiration de la mère ou à la nôtre, dont l'air expiré venait frapper en glissant sur la peau du ventre de la femme auscultée, tantôt aux battemens des artères qui environnent l'utérus : aussi sommes-nous restée dans le doute.

De nombreuses expérimentations auxquelles s'est livré M. le professeur P. Dubois, lui ont appris que ce souffle placentaire n'était autre que le résultat d'une circulation tumultueuse dans les sinus veineux de l'utérus (1).

ARTICLE II.

Développement graduel du Fœtus.

La grandeur et le poids du fœtus sont en général relatifs au temps de la grossesse. Ils varient cependant beaucoup. L'époque de la conception, celle de l'expulsion,

---

(1) Il ne faut pas oublier que ce sont les artères ovariennes qui fournissent le sang des sinus veineux ; que c'est du sang artériel qui est apporté au placenta par cette voie.

l'âge, la constitution de la mère, sa manière de vivre, ses passions, surtout pendant la grossesse, exercent une influence plus ou moins grande sur le produit de la conception.

Nous répétons ici qu'il est très-difficile d'assigner à l'embryon expulsé mort l'époque précise où il a cessé de vivre. Nous avons vu souvent l'embryon rester encore long-temps, plusieurs semaines, plusieurs mois, mort dans l'utérus avant d'en être expulsé. L'avortement n'a été rendu visible qu'après avoir eu lieu long-temps auparavant dans l'utérus.

Quoi qu'il en soit, d'après un grand nombre d'observations récentes, on peut regarder les résultats suivans comme terme moyen et le plus ordinaire.

A dix ou douze jours, embryon non appréciable ; produit consistant en une vésicule transparente qui offre l'aspect d'une hydatide velue, dont la surface, libre de toute adhérence, est chagrinée et comme fongueuse dans toute son étendue (*Velpeau*). Nous avons vu cette vésicule lisse à sa surface, suspendue au milieu d'un repli de la décidua, repli qui s'étendait en se recourbant d'un orifice tubaire à l'autre. Cette vésicule ne contenait à cette époque de dix à quinze jours qu'un flocon grisâtre (1), semi-transparent, qui s'est liquéfié au moment même de sa rupture (*voy.* pl. 16, fig. 1).

De quinze à vingt jours, l'embryon décrit un demi-cercle ; il affecte la forme d'un têtard ou d'un petit ser-

(1) Cette disposition, dont l'observation nous a été contestée, avait eu pour témoin le véridique *Chaussier*. Elle a été observée aussi par Evrart *Home*, par Ch. *Bell*. La figure qu'en a donnée ce dernier se trouve en tout semblable aux deux autres cas que nous avons rencontrés sur le cadavre de deux femmes mortes à la suite d'une métrite aiguë dans les premières semaines de la conception. Seraient-ce des cas anormaux? L'observation n'en subsiste pas moins.

peut de trois à quatre lignes de longueur, dont la tête serait plus grosse que le corps (*voy.* pl. 16, fig. 2). Cette espèce de petit serpent est suspendu par son extrémité la plus mince, la plus effilée, au moyen d'un petit tuyau blanc, aplati, à peu près de même volume et de même longueur que son corps.

Le corps de l'embryon ne consisterait à cette époque qu'en une tige blanche, creuse, transparente, formée par le rachis, à travers lequel on distingue un filet blanc qui constitue la moelle épinière. C'est la colonne vertébrale recourbée sur elle-même.

C'est sur la concavité de cette tige creuse que se développent des espèces de bourgeons qui s'allongeront bientôt et paraîtront sous la forme des bras, des mains, des cuisses, des jambes et des pieds, ainsi que les organes qui seront renfermés dans la poitrine et dans l'abdomen.

Ayant eu l'occasion de vérifier la plus grande partie des phénomènes observés par les auteurs qui ont écrit sur l'ovologie, rappelés et décrits par M. Velpeau, c'est à lui que nous empruntons plusieurs figures de la planche n° 16, que nous désignerons à leur place. Nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à son magnifique ouvrage pour les savans détails à ce sujet qui seraient ici superflus.

Les membres du fœtus ne commencent à poindre que lorsque les viscères de la poitrine et du ventre se laissent apercevoir dans leur cavité respective.

A six semaines : longueur, 12 à 15 lignes environ. La tête est développée; les yeux situés de chaque côté et un peu en arrière de la tête sont indiqués par un petit point noir. Les oreilles au-dessus des yeux n'offrent qu'un petit point blanc. La mâchoire inférieure est d'une seule pièce. La bouche forme, avec un manque de substance de la portion moyenne de la mâchoire supérieure, un vide triangulaire. Le col est un peu déprimé.

Du côté du thorax, cavité largement ouverte en devant et continue avec l'abdomen; elle est fermée par une membrane très-fine (*Velpeau*); membrane que nous n'avons point rencontrée à cette époque présumée, peut-être parce qu'alors la membrane n'existait pas encore, ou parce qu'elle avait été détruite.

Les mains paraissent sans avant-bras, ni bras, ni doigts; ils se présentent comme de petites nageoires situées de chaque côté du tronc au-dessous du cou. Les pieds se présentent également sans jambes ni cuisses, et sont situés au bas du tronc où se trouve alors le cordon ombilical (1).

Vers le quarante-cinquième jour : longueur, 18 lignes ou 1 pouce et demi, poids, 1 gros un quart; les parois abdominales et celles de la poitrine renferment de toutes parts les organes qu'ils doivent contenir et protéger. Le sexe n'est point encore très-distinct; il est facile alors de les confondre.

A neuf semaines : 3 pouces et demi de longueur, poids, 5 gros. Les bras, les avant-bras, les cuisses ont acquis une longueur et une dimension proportionnées avec les mains et les pieds. Les doigts et les orteils sont alors séparés les uns des autres.

A soixante jours : longueur, 20 lignes, le sexe n'est appréciable qu'avec un verre grossissant. Le bassin du fœtus étant un peu plus développé, l'anneau ombilical remonte un peu plus vers le centre de l'abdomen.

A trois mois : mesuré du sommet aux talons, 6 pouces,

(1) Nous avons vu un individu de 22 ans, que l'on faisait voir pour de l'argent, qui était resté ainsi; les mains et les pieds s'étaient parfaitement développés; mais par un arrêt de développement, l'individu était privé des bras et avant-bras, des cuisses et des jambes.

poids, 10 onces et demie (1), tégumens très-distincts; tête très-grosse. Les paupières et la bouche restent fermées; pourtant on distingue à travers les tissus rosés de l'embryon les os d'un blanc transparent.

A quatre mois : longueur, 8 pouces, poids, 7 onces, consistance plus ferme de la peau; organes génitaux plus distincts.

A cinq mois : longueur, environ 10 pouces, poids 16 onces, tégumens du crâne couverts quelquefois d'un léger duvet. Le cordon ombilical continue de s'élever au-dessus des organes génitaux.

A six mois : longueur, 12 pouces, poids, 32 onces ou *deux* livres. Les cheveux sont plus apparens et peuvent se distinguer des poils de la surface du corps; l'enduit sébacé (couche de graisse blanche) est quelquefois apparent aux aisselles et aux plis de l'aine.

A sept mois : longueur, 14 pouces, poids 3 livres. La peau est moins rouge, l'enduit sébacé plus épais dans les lieux où il était à peine apparent un mois plus tôt; l'ombilic est encore plus rapproché du pubis que du sternum.

A huit mois : longueur, environ 16 pouces, poids, 4 livres.

A neuf mois : longueur, 18 pouces, poids, 5 livres, et assez souvent 6 et 7 livres, quelquefois 8 livres, rarement 9 et 10 livres; les poids de 11 et 12 livres sont extraordinaires.

Quoique quelques praticiens distingués disent avoir vu des fœtus du poids de 15, 20 et 25 livres, on peut taxer de ridicule cette exagération de la part des accoucheurs et des sages-femmes qui ont voulu, par là, faire valoir leur habileté, et que les accouchées ont accueillie avec d'autant plus

---

(1) Avant cette époque, on ne peut mesurer le fœtus que du sommet au coccix. C'est aussi ce que nous avons fait.

d'empressement que c'était un moyen bien innocent de faire briller leur courage.

ARTICLE III.

Fonctions du Fœtus.

Le fœtus jouit de deux facultés : celle de sentir, et celle de se mouvoir ; mais sa sensibilité ne nous paraît consister que dans une sorte de taction, toucher passif, produit par l'action du fluide ou des tissus qui environnent la surface de son corps. Le fœtus se meut sous l'influence de cette espèce de toucher, parce que son corps est organisé de manière à exécuter des mouvemens (1); mais il ne met point en action le toucher comme il le fera plus tard, lorsqu'il sera dirigé par un véritable instinct, comme celui qui le porte à ouvrir la bouche et à sucer tous les corps qui se présentent d'eux-mêmes, ou que sa mère presse sur ses lèvres ; c'est encore moins ce toucher qu'il dirigera plus tard encore par la volonté de sentir, de palper, de juger de la nature des corps qui exercent sur lui leur influence : le cerveau ne paraît jouir d'aucune fonction. Les anencéphales jouissent de la faculté de se mouvoir comme les fœtus qui ont le cerveau à l'état normal ; aussi avons-nous peine à croire que le fœtus soit doué de la locomobilité en vue de se soustraire à la douleur.

Le fœtus se meut, mais sans intention, sans but ; car, arrivé à une certaine époque de sa vie intra-utérine, à un plus haut degré de développement, ses mouvemens ne sont plus de totalité, comme lorsqu'il n'avait ni bras ni jambes;

---

(1) Comme les feuilles de la famille des *mimosa* (sensitive), elles s'élèvent et s'abaissent sous certaines impressions qu'elles reçoivent, parce qu'elles sont articulées de manière à exécuter ce mouvement d'abaissement et d'élévation.

mais lorsque ces membres sont développés, il peut exécuter des mouvemens d'une certaine étendue. Lorsque le cordon tortillé autour de son cou le serre, et quelquefois à tel point de lui causer une véritable apoplexie ou des convulsions, d'où résultent peut-être ces fractures des os observées par nous et feu Chaussier (1), l'instinct qu'on lui suppose ne le porte pas à défaire ces circulaires du cordon, soit en se tournant dans le sens contraire à celui qui a donné lieu à l'entortillement du cordon, soit en usant de ses mains, puisqu'il en a la jouissance : il ne fait rien de tout cela ; au contraire, l'observation prouve que le fœtus a presque toujours le malheureux instinct de se tourner du même côté, de multiplier ainsi les circulaires du cordon comme pour s'en étrangler avec plus de certitude de succès (2).

Lorsque le cordon est contourné sur l'un ou plusieurs des membres du fœtus, ses mouvemens doivent déterminer des tiraillemens, de la douleur à l'ombilic. Eh bien ! que fait le fœtus ? il remue encore, il s'agite, il ajoute à ses souffrances, tandis qu'un instinct bien entendu devrait le porter à garder un repos absolu. Un choc violent, brusquement produit par un agent extérieur, agit sur le fluide qui environne le fœtus, à la manière d'un coup; il en tressaille; quelquefois même il semble bondir, mais il ne fait rien, parce qu'il ne peut rien, pour se soustraire à cette espèce de douleur, pas plus qu'à toute autre sensation : tous les agens

(1) Nous avons vu à l'hospice de la Maternité des enfans nés naturellement et après un travail prompt et facile, apporter des fractures des os dont plusieurs présentaient des cals solides.

(2) Nous avons vu des femmes pousser des cris aigus lorsque les enfans qu'elles portaient faisaient des mouvemens très-violens. Chez celles-ci le cordon avait plusieurs circulaires autour du cou. Un de ces enfans avait un seul tour de cordon sur le cou, mais ce cordon n'avait que douze pouces de longueur.

qui l'environnent n'exercent sur lui que des impressions de taction de divers degrés, depuis la plus faible et la plus violente que l'on puisse imaginer ; mais encore une fois, le fœtus humain n'a ni les facultés ni les moyens de s'y soustraire, pas même ceux de sortir de l'enceinte qui le renferme; il faut pour cela des conditions qui ne dépendent pas de lui, c'est-à-dire de sa volonté. Aussi nous ne saurions croire que si le fœtus présente sa tête plus souvent en *bas* qu'en *haut* de l'utérus, c'est son instinct qui lui a fait faire le choix de cette attitude, parce qu'elle lui paraît la plus propre à sa sortie. Nous reviendrons sur ce sujet à l'occasion de l'attitude du fœtus dans le sein de sa mère.

ARTICLE IV.

De la Circulation du Sang.

Nous avons déjà essayé de faire connaître les organes nécessaires à la circulation chez le fœtus et ceux qui préexistent à sa formation. Ainsi, la coque de l'œuf, l'eau, le cordon, les vésicules ombilicales, ont été examinés dans l'embryon des premières semaines avant qu'il ait été possible d'examiner le cœur, organe central de la circulation chez l'enfant qui existe de la vie extérieure, et qui chez le fœtus n'est qu'un moyen intermédiaire pour l'exécution de cette fonction. Les organes de la circulation étant différens, la conformation différente, il est important de faire connaître en quoi consistent ces différences entre l'individu qui n'a encore vécu que dans l'utérus et celui qui a joui de la vie extra-utérine.

SECTION PREMIÈRE.

Composition du Cœur.

Chez l'adulte, le cœur est un organe creux, charnu,

d'une forme conique présentant quatre cavités, deux grandes longitudinales adossées l'une à l'autre, que l'on appelle *ventricules*, distingués en droit et en gauche, et deux cavités latérales, supérieures, oreillettes ou ventricules auriculaires, larges, souples, plus minces que les parois des ventricules, mais d'un tissu également musculaire.

Le cœur est situé obliquement dans le thorax (la poitrine, sa partie la plus volumineuse); sa base est en haut et sur la ligne médiane, et sa pointe en bas est dirigée à gauche.

Les oreillettes et les ventricules jouissent des propriétés musculaires à un très-haut degré; celle de se contracter, de se resserrer; celle de se dilater, de se relâcher alternativement soixante-dix fois par minute en état de santé. On désigne cette manière d'être du cœur sous les noms de *diastole* dilatation, *systole* contraction, expressions également consacrées au mouvement des artères qui jouissent de la même propriété de se dilater et de se contracter; double action qui leur est imprimée par le cœur, et que l'on désigne plus particulièrement sous le nom de pulsation. Ainsi, le pouls est le produit de l'impression que reçoit le sang du ventricule aortique du cœur, et qui tend à dilater le système artériel.

L'oreillette droite, qui est la plus spacieuse, dont les parois sont plus minces, ainsi que le ventricule du même côté, reçoit le sang veineux qui est *noir*; il lui arrive de la veine cave inférieure qui reçoit tout le sang des veines des parties du corps situées au-dessous de cette oreillette; celle-ci reçoit en même temps, par la veine cave supérieure, l'autre partie du sang veineux qui revient des régions du corps situées *au-dessus* de la même oreillette. Cette oreillette *droite* qui vient de recevoir deux veines différentes (cave inférieure, cave supérieure), se contracte et pousse le sang dans le ventricule droit ou pulmonaire. Ce ventri-

cule droit se contracte à son tour et pousse le sang veineux dans l'artère pulmonaire. Ce sang noir est poussé par cette artère dans les artères du poumon ; là, il se trouve en contact avec l'oxigène, principe vivifiant qui entre dans la composition de l'air atmosphérique. Ce sang noir se colore d'un rouge vif, et revient ainsi d'un rouge vermeil par les veines pulmonaires.

Dans l'adulte, comme on voit, les veines pulmonaires semblent faire fonction d'artères. Ces veines, chargées de sang rutilant, le versent dans l'oreillette gauche. En se contractant, l'oreillette gauche pousse le sang dans le ventricule gauche; celui-ci se contracte et pousse le sang vermeil dans l'aorte, grosse artère qui se recourbe en forme de crosse à peu de distance de sa sortie du cœur.

Les artères, à leur sortie des ventricules du cœur, présentent des valvules, des espèces de soupapes destinées à prévenir le reflux du sang dans les ventricules; une disposition analogue existe aux orifices auriculo-ventriculaires.

Sur le contour de la crosse aortique naissent plusieurs artères qui vont porter le sang aux régions supérieures du corps, aux bras, au cou, à la tête. Le cœur lui-même reçoit de l'aorte une artère de chaque côté; elle entoure cet organe comme une espèce de couronne, ce qui lui a fait donner le nom d'artère *coronaire* ou cardiaque.

Le tronc de l'aorte, en descendant le long de la colonne vertébrale jusqu'aux lombes où elle se divise en plusieurs autres branches principales, fournit du sang à tous les viscères, à tous les organes intérieurs et extérieurs du thorax et de l'abdomen, pour être rapporté par les veines qui accompagnent les artères dans leur trajet, leur direction, leur division et leur sous-division.

Ainsi, dans l'adulte, le cœur est le centre d'action de la circulation; il n'en est pas de même chez le fœtus.

SECTION II.

Composition du Cœur chez le Fœtus.

Nous venons de voir que chez l'adulte le cœur est un organe musculeux à double cavité adossée l'une à l'autre, que la cavité droite reçoit du sang noir et qu'elle envoie ce sang aux poumons, et que c'est du sang vermeil, rutilant, qui revient des poumons dans le côté gauche du cœur.

Mais chez le fœtus le cœur n'est pas formé dans toutes ses parties. L'oreillette droite serait, dit-on, la terminaison des vaisseaux veineux chez l'embryon, et formerait à elle seule le principal rudiment du cœur; il semblerait alors que le cœur ne serait formé que d'une moitié. C'est dans cette oreillette que l'on remarque de très-bonne heure la *valvule* d'Eustache, sorte de soupape qui se trouve entre les deux ouvertures des deux veines cave supérieure et inférieure.

Cette oreillette continue à se développer, puis le ventricule du même côté. L'oreillette gauche se fait remarquer à son tour sous la forme d'un gros point rouge. Le ventricule du même côté se développe successivement, mais en conservant pour toujours une capacité moins grande que les cavités droites. Les ventricules sont séparés l'un de l'autre par une cloison qui s'oppose à leur communication directe. Il n'en est pas ainsi des oreillettes : ici la cloison est formée d'une membrane charnue percée à son centre d'une ouverture oblique de la veine cave, vers l'oreillette gauche, et sur laquelle on remarque du côté droit la valvule d'Eustache, dont nous avons déjà parlé.

Cette large ouverture communique intérieurement de l'oreillette droite à l'oreillette gauche. De sorte que le sang, au lieu d'être porté de l'oreillette droite dans le ventricule

correspondant, comme chez l'adulte, passe, en petite quantité il est vrai, de l'oreillette droite directement dans l'oreillette gauche.

A mesure que le fœtus se développe, cette large ouverture diminue de grandeur. L'orifice de communication se resserre; de rond qu'il était, il prend à peu près la forme ovalaire d'où lui vient le nom de trou oval ou de *Botal*, du nom de l'auteur qui l'a mieux fait connaître; ouverture de communication qui ne tarde pas à s'oblitérer après la naissance.

Le ventricule droit donne naissance au tronc volumineux nommé artère pulmonaire; celle-ci se divise bientôt en deux branches qui vont se rendre chacune à un poumon, au point où la division a lieu. On voit naître du tronc principal un conduit volumineux qui s'abouche directement avec l'aorte, dans le lieu de la courbure qui répond au-dessous de la sous-clavière gauche. Ce conduit s'appelle *canal artériel*, parce qu'il fait communiquer deux artères; ce canal s'oblitère aussi après la naissance de l'enfant (*voy.* la pl. n° 17 et son explication).

SECTION III.

Circulation du Sang chez le Fœtus.

On doit se rappeler que nous avons dit que la face duveteuse que nous considérons, dès son origine, comme les radicules du placenta, absorbe ou aspire des fluides propres à la nutrition de l'embryon, jusqu'à ce que ce tissu, selon nous vasculeux, soit assez fortement canalisé pour recevoir et distribuer les fluides qu'il s'est appropriés, soit par imbibition, absorption ou autrement.

Admettons d'abord que la veine ombilicale soit formée la première; le sang qu'elle a absorbé pur, sans mélange, passe sous le lobe gauche du foie, dans le lobe de *spigelius*

et dans le canal veineux. C'est avant de franchir ce canal qu'il se mêle avec celui de la veine porte et va se répandre, par de nombreux conduits, dans tout le lobe droit du foie, si volumineux chez le fœtus.

Ce sang est conduit ensuite par les veines hépatiques, veines du foie, dans la portion de la veine cave qui se trouve entre le foie et le diaphragme. C'est là que le sang du canal veineux, celui de la veine cave elle-même, celui des veines sus-hépatiques et des veines diaphragmatiques, se réunit dans la veine cave inférieure. Alors ce sang, ainsi mélangé, passe dans l'oreillette droite, se mêle en partie avec celui de la veine cave supérieure et celui des propres veines du cœur (des coronaires), et se dirige vers l'oreillette gauche par le trou de Botal, et en quantité d'autant moindre que le fœtus est plus rapproché de son terme.

Dans l'oreillette gauche ce sang se mêle avec celui qui provient des veines pulmonaires. La contraction simultanée des oreillettes chasse le sang qu'elles reçoivent et le verse dans leur ventricule correspondant.

Par l'effet de cette même contraction, le ventricule droit fait passer une quantité de sang au poumon, et une grande quantité relative dans le canal artériel, puis dans l'aorte, où va se réunir ce canal, qui sert à pousser le sang avec plus de force dans les artères ombilicales, puis dans le placenta.

Le sang du ventricule gauche passe dans la crosse de l'aorte, où se trouve déjà versé le sang du canal artériel, et ce sang, ainsi mêlé, se distribue à toutes les parties du corps.

Le sang revient au placenta par les artères iliaques primitives, qui fournissent l'iliaque interne de chaque côté; par les artères ombilicales, en marchant le long de la veine de ce nom, pour se rendre au placenta et y puiser de nouveaux matériaux pour la nutrition du fœtus ou pour

modifier le placenta lui-même, et recommencer le trajet que nous lui avons vu parcourir.

SECTION IV.

Changemens qui s'opèrent dans la Circulation du Sang après la naissance de l'enfant.

Ces changemens résultent de la cessation d'une fonction, c'est-à-dire de la circulation du sang du placenta au fœtus, et de l'exécution d'une fonction nouvelle : circulation dans les poumons, par l'effet de la respiration de l'air extérieur.

1° Le *trou de Botal* se resserre, et bientôt il s'oblitère entièrement : le sang n'y passe plus.

2° *Conduit artériel :* Ce canal devient bientôt inutile, le sang passant alors directement et en plus grande quantité aux poumons par le moyen des artères pulmonaires ; le canal artériel ne tarde pas à s'atrophier.

3° Le *canal veineux*, qui ne reçoit plus du sang directement de la veine ombilicale, éprouve également cette atrophie, résultat nécessaire de l'absence du sang dans sa cavité.

4° L'*ouraque*, qui s'étend du fond de la vessie, entre les artères ombilicales, s'oblitère quelque temps avant le resserrement de l'anneau ombilical.

5° L'anneau ombilical se rétrécit, se resserre par l'effet de la respiration et des cris du fœtus. Des mouvemens alternatifs d'expansion et de rétraction des parois abdominales, il résulte une traction continuelle des vaisseaux ombilicaux vers l'intérieur de l'abdomen de l'enfant et le froncis qui se fait remarquer à la place qu'occupait le cordon, et que l'on nomme *cicatrice* ombilicale, *l'ombilic* ou *le nombril.*

ARTICLE V.

De la Nutrition du Fœtus.

Les physiologistes sont peu d'accord sur ces phénomènes; les uns veulent qu'il se nourrisse au moyen de ces vaisseaux absorbans établis entre le fœtus et la mère; que cette communication entre l'un et l'autre soit une des plus puissantes sources d'alimentation de l'embryon des premières semaines de conception, lorsqu'il existe déjà un cordon, mais point de vaisseaux dans son épaisseur; d'autres pensent qu'il se nourrit par la peau en absorbant le fluide qui l'environne; d'autres en avalant et digérant partie de ce même fluide; d'autres encore veulent que ce soit par les organes respiratoires qu'il puise la vie. Ceux-là raisonnant d'après l'analogie et considérant la vésicule ombilicale comme remplissant les fonctions du jaune d'œuf chez les oiseaux, pensent que ce premier fluide sert d'aliment au fœtus avant la formation du placenta : ceux-ci, ne voyant dans l'ovule qu'une graine cotylédonée, disent que l'embryon est une espèce de zoophite, ou plante animale, qui jouit de la propriété d'attirer, d'absorber sa propre nourriture de la cavité de l'utérus, de la changer, de l'élaborer, de se l'assimiler, de la faire tourner à son profit avec cette étonnante rapidité que nous remarquons pendant les neuf mois que met le fœtus à acquérir son développement complet.

Quoi qu'il en soit de toutes ces opinions et de quelques autres encore dont nous ne voulons pas plus faire mention que du nom de leurs auteurs, il nous paraît que la principale source de l'alimentation du fœtus réside dans le sang de la mère, déposé dans les mailles de la décidua, d'abord en contact avec la surface duveteuse du chorion, les *mêmes* qui deviennent les houpes capilliformes dont nous

avons parlé à l'occasion du placenta, et dont nous donnons la figure (*voy*. pl. 16, fig, 13.) Cette théorie semble être fortifiée de ces cas de varioles, de syphilis transmis de la mère au fœtus. Dans ces derniers temps de désastres où le choléra qui frappait la mère tuait du même coup l'enfant dans son sein, chez ces femmes qui, toutes, étaient avortées et avaient succombé au fléau, nons avons vu à l'autopsie le sang de l'utérus et de ses annexes, celui du fœtus et de ses dépendances avoir partout la même coloration en noir, la même consistance gélatiniforme, gluante chez la mère et chez le fœtus. Les injections pratiquées par plusieurs expérimentateurs ont également prouvé qu'il existe des communications par le moyen de la veine ombilicale avec la mère, et de la mère à son enfant; enfin l'enfant périt chez une femme exsangue; d'autres enfans, et nous en avons vu un certain nombre, moururent asphyxiés chez des femmes nerveuses, colères et pléthoriques.

Il existe bien certainement une communication entre la mère et l'enfant; mais dans les expériences dont nous avons fait mention à l'occasion des rapports de la décidua avec le placenta, et d'après nos propres observations, nous n'avons point vu de communication *directe* entre l'utérus et le placenta par le moyen de gros vaisseaux veineux et artériels.

Le docteur *Lée*, dont les expériences confirment celles de *Chaussier*, de *Dugès* et les nôtres, s'exprime ainsi :

1° La totalité du sang envoyée par les artères ovariennes et hypogastriques de la mère, circule dans les sinus veineux de l'utérus.

2° Après avoir été en contact avec la face utérine du placenta, la portion de sang venant de l'utérus où se trouvent baignés les capillaires de la veine ombilicale, il s'opère une absorption de l'oxigène du sang artériel utérin au profit du fœtus comme chez les poissons les capillaires des branchies absorbent l'oxigène de l'eau.

3° Après avoir été en contact (exposé) avec la face utérine du placenta, ce sang retourne dans la circulation générale de la mère au moyen des veines ovariennes et hypogastriques *sans avoir pénétré* dans la propre substance du placenta.

4° La décidua étant interposée entre l'extrémité des vaisseaux du placenta et les orifices des sinus veineux, tout changement qui s'opère dans le sang fœtal doit résulter du *contact* du fluide qui circule dans le placenta avec le sang maternel qui aborde ou afflue aux larges orifices des sinus utérins.

Ici l'auteur répète que le fluide contenu dans les sinus veineux est de pur sang artériel (ce sang ne se coagule pas; un auteur anglais en a pu conserver pendant plusieurs années à l'état fluide).

5° Il résulte de la nature des rapports qui existent entre le placenta et l'utérus qu'il s'opère une circulation particulière entre les vaisseaux ombilicaux par le moyen du placenta et une communication indirecte de la mère à l'enfant par ce même moyen intermédiaire.

6° En considérant attentivement ces mêmes rapports du placenta avec l'utérus aussi long-temps qu'ils seront conservés, une métrorhagie ou perte utérine ne saurait avoir lieu pendant la grossesse.

7° Lorsque le placenta vient à se séparer, il y a hémorrhagie ; mais la perte de sang n'est point occasionnée par la rupture de gros vaisseaux, mais bien de la liberté dont jouissent alors les larges orifices qui s'ouvrent à la face interne de l'utérus.

A cet extrait, que nous rapportons du mémoire du docteur *Lée* sur ce sujet, nous ajoutons que dans les cas où nous avons reçu l'œuf entier avec l'embryon ou le fœtus, les membranes étant intactes, il ne s'échappait point de sang de la surface extérieure de l'œuf, pas même

de celui de 6 à 7mois. Nous avons fait la même remarque dans les cas où le placenta était implanté sur l'orifice : cette masse vasculeuse sortie entièrement avant le fœtus ne donnait point de sang; et c'est encore une observation que l'on peut vérifier chaque jour dans les cas de délivrance naturelle. On est donc bien forcé d'admettre que la circulation n'est pas aussi libre du fœtus à la mère que de celle-ci au fœtus. La perte du sang chez le fœtus ne saurait donc avoir lieu que par la rupture des vaisseaux du cordon ou par une lacération du tissu du placenta, ce qui n'a guère lieu que dans les tentatives de délivrance manuelle et difficile. *(Voy.* pl. 16, fig. 13.)

Nous rappellerons, lorsqu'il en sera temps, les indications pratiques que l'on peut tirer de la connaissance de ces faits.

ARTICLE VI.

De l'attitude du Fœtus dans le sein de sa mère.

L'accroissement successif du fœtus, le développement de ses membres et celui de ses annexes, l'extension du viscère qui les renferme, sont autant de circonstances propres à modifier l'attitude du fœtus dans la cavité utérine.

Dans les premières semaines, et généralement dans les trois premiers mois de sa formation, le fœtus est suspendu par le cordon ombilical, qui, à cette dernière époque, se trouve encore très-près des pubis; et la tête est située en bas. A mesure que le cordon s'allonge et que le fluide amniotique augmente en quantité, le fœtus varie ou peut varier à l'infini sa position. Mais cependant on trouve assez généralement l'une des deux extrémités du torse en bas, la tête ou les fesses. La forme ovoïde de l'organe qui le renferme se prête singulièrement à cette position du fœtus,

et beaucoup mieux qu'à ces positions transverses que l'organe gestateur ne pourrait supporter long-temps sans en être irrité.

C'est vers le sixième ou le septième mois que le fœtus, grêle, petit, d'un tissu mou, peut présenter l'une des régions voisines de la tête ou des fesses, telle que celle de l'épaule, de la hanche ou des lombes. Quelquefois même à cette époque le fœtus peut se présenter en travers d'un bassin spacieux, parce que, pelotonné sur lui-même dans ce cas, il n'offre pas un volume plus considérable qu'une forte tête de fœtus à terme.

Dans cette dernière circonstance, on trouve à l'orifice de l'utérus tantôt la tête, tantôt les fesses du fœtus, et quelquefois même une autre région de son corps, et parfois toutes en même temps, comme nous l'avons vu en plusieurs occasions, l'œuf sortant tout entier et en masse, sans qu'on ait eu le temps de prévoir quelle partie du fœtus sortirait la première.

C'est ainsi que M. P. Dubois a remarqué que sur 121 enfans *abortifs* AVANT le septième mois, 50 ont présenté les fesses, 65 le sommet, et 5 l'une des épaules.

Les positions pelviennes peuvent être le résultat d'une évolution spontanée chez le fœtus vivant du sixième au septième mois, comme nous l'avons déjà fait remarquer dans cet ouvrage il y a près de vingt ans (1). Ces évolutions, comme nous le disions alors, peuvent s'opérer beaucoup plus souvent qu'on ne pense de la part du fœtus chez les femmes à bassin large. Lors même que l'enfant est mort près de son terme, ses articulations plus lâches, ses tissus plus ramollis, lui permettent de prendre les diverses

---

(1) *Voyez* la table synoptique que nous avons conservée telle que nous l'avons rédigée en 1817.

positions que les mouvemens de la mère peuvent lui imprimer.

Ainsi, nous ne pensons pas que le calcul rapporté ci-dessus prouve en faveur de l'opinion que voudrait faire prévaloir son savant auteur sur la cause de la présentation fréquente de la tête. Nous croyons encore, avec tous ceux qui nous ont précédée, que l'extrémité céphalienne du tronc est celle qui se présente en bas, parce qu'elle est la plus pesante. Elle est encore la plus pesante lorsque le cerveau vient à manquer, parce que, dans ce cas, l'encéphale est remplacé par une masse d'eau contenue dans la dure-mère ; laquelle membrane, le plus souvent, se rompt comme la poche de l'eau, soit spontanément ou artificiellement. Cette dernière circonstance viendrait à manquer, que l'extrémité céphalique du tronc serait encore la plus pesante, puisque le cœur, le poumon compacte, le foie très-volumineux, très-pesant, offriraient encore un poids plus considérable que l'extrémité inférieure. Smellie, qui était aussi de cette opinion, appelle à son aide l'antique autorité d'Aristote que l'on n'est pas peu surpris de trouver là (1).

Quoi qu'il en soit de la cause de la présentation de la tête, nous prendrons les *faits* tels qu'ils sont ; nous continuerons, autant que possible, de nous appuyer sur eux : ils trompent moins que les *théories*.

A mesure que le fœtus augmente de volume, la quantité d'eau diminue, ou elle est en moins grande proportion : il est obligé de se courber, de se replier sur lui-même pour s'accommoder à la forme voutée de la cavité de l'utérus, dont les parois plus rapprochées des surfaces de l'enfant s'opposent à ces grandes évolutions, à cette culbute que l'on a cru long-temps qu'il faisait vers la fin

(1) Préface de l'édition anglaise, page 10.

du huitième mois de la grossesse. Mais généralement, à cette époque, l'espace lui manque; le fœtus est forcé de conserver l'attitude qu'il affecte dès les premiers temps de sa formation, attitude la plus favorable pour son éduction lors du travail de l'accouchement.

SECTION PREMIÈRE.

Avantage de la présentation céphalique et de la flexion antérieure du tronc du Fœtus dans la matrice.

La tête du fœtus étant abaissée en devant, le menton est appuyé sur la poitrine, l'occiput incliné vers l'ouverture supérieure du bassin; les bras sont rapprochés des côtés de la poitrine, les mains sont portées vers la face, le devant des cuisses fléchies sur l'abdomen, les genoux éloignés l'un de l'autre, les jambes croisées de manière que le talon droit est appuyé sur la fesse gauche, le talon gauche sur la fesse droite; les pieds sont fléchis sur la face antérieure des jambes.

Le fœtus à terme ainsi pelotonné n'a de longueur du sommet aux fesses que 10 à 11 pouces, attitude qui le réduit à environ moitié de sa longueur totale, puisque les membres inférieurs étant dépliés, la tête et le tronc allongés sur une ligne droite, n'ont de longueur que 18 à 22 pouces, au plus, mesurés du sommet aux talons. (*Voy.* pl. 21.)

Cette disposition à la flexion antérieure chez le fœtus est d'autant plus prononcée qu'elle dépend non-seulement de l'élasticité des vertèbres et de leur disposition articulaire, mais encore de la conformation particulière du tronc.

Le thorax dans le fœtus est très-court, relativement à l'étendue de l'abdomen qui forme presque les deux tiers du torse. La cavité abdominale est d'une très-grande étendue en comparaison de la longueur des membres inférieurs. Le rachis, ou colonne épinière, n'ayant à vaincre en de-

'ant de résistance que les muscles et les viscères abdomi-
naux, la poitrine étant d'ailleurs toute cartilagineuse et
d'une extrême flexibilité, il en résulte que le tronc du fœ-
tus peut se courber, se cintrer sur sa face antérieure à un
degré aussi considérable, proportionnellement, que dans
les premiers temps de sa formation.

Cette remarque est d'autant plus importante à conser-
ver dans la mémoire, qu'elle trouve son application dans les
cas de présentation défavorable dans les accidens qui exi-
gent l'opération manuelle, où l'on est obligé d'amener l'en-
fant par les pieds, de les faire descendre au-devant de la
face, lorsque c'est la tête du fœtus qui se présente et qu'on
a été obligé de la faire rétrograder au-dessus du détroit
abdominal.

Les articulations très-lâches chez le fœtus permettent
aux membres inférieurs, lorsque ce sont les fesses qui se
présentent, de s'appliquer immédiatement sur la face an-
térieure du tronc, et aux bras, lorsque le torse a franchi
les détroits du bassin, de se relever et de s'appliquer de
chaque côté de la tête.

C'est dans tous les cas où les bras et la tête du fœtus
doivent sortir les derniers qu'il importe beaucoup de se
rappeler l'attitude du fœtus dans la cavité utérine, les
rapports naturels de sa tête et de ses membres avec son
corps, ainsi que les rapports de toutes ses parties avec le
bassin de la mère. C'est de la connaissance de toutes ces
choses que dépend le succès dans la pratique des accouche-
mens.

SECTION II.

Division du corps du Fœtus en régions.

Pour nous conformer au mode d'enseignement établi
autrefois par Baudelocque à l'hospice de la Maternité,

nous avions adopté, quoiqu'avec répugnance, comme contraire à l'observation des faits, les divisions du corps du fœtus en faces, régions, etc.; divisions qui étaient indispensables pour faciliter l'étude des *centaines* de positions différentes qu'il avait assignées aux fœtus.

Nous étions bien disposée à faire le sacrifice de cette exhubérante nomenclature de positions; nous avons même engagé à la faire disparaître dans la traduction allemande de ce livre. Mais ces nombreuses divisions étant encore conservées aujourd'hui dans l'enseignement oral, par un certain nombre de professeurs d'accouchemens, à qui il ne manque peut-être qu'une plus longue expérience pour reconnaître la marche presque constante ou régulière de la nature, nous laissons subsister l'article qui a rapport à la division du fœtus en *régions*, telle que l'a établie Baudelocque, ainsi que tout ce qui a rapport aux positions imaginaires du fœtus sur lesquelles repose cette division. Nous aurons au moins averti nos lecteurs du danger qu'il y aurait de s'arrêter trop long-temps à des cas qui, s'ils se présentent jamais, sont beaucoup trop rares pour en faire une étude spéciale.

Il fallait donc, pour faciliter l'étude de la théorie de Baudelocque, diviser le corps du fœtus en *tronc* et en *membres*. Pour le tronc il fallait le considérer sous quatre faces :

1re STERNALE, parce qu'elle est caractérisée par le *sternum;*

2e DORSALE, parce qu'elle est pricipalement formée par le *dos;*

3o Deux COSTALES, parce qu'elles comprennent les deux *côtés* ou contours des *côtes.*

Chacune de ces faces a été divisée en région.

Régions de la face STERNALE :

1° La face; 2° le devant du cou; 3° le devant du thorax ou poitrine; 4° l'abdomen ou ventre; 5° le devant du bassin ou des cuisses.

Régions DORSALES *ou postérieures.*

1° L'occiput; 2° le cervix, derrière du cou; 3° le dos; 4° les lombes; 5° les fesses.

Régions COSTALES *ou des côtés.*

1° Deux côtés de la tête; 2° deux côtés du cou; 3° les deux épaules; 4° les deux hanches. (*Voy.* pl. 19.)

Chacune de ces régions, selon le même auteur, pouvant encore se présenter de *quatre* manières différentes au détroit abdominal, ce qui ferait 96 positions dans lesquelles le fœtus pourrait se présenter, pour le torse seulement; car, en ajoutant à ces 96

pour les positions du sommet, 4 directes,	4
4 obliques du sommet,	4
positions des genoux,	4
positions des pieds,	4

on aura, bien compté, pour les positions du fœtus, 112 !

Si l'on veut encore ajouter à ces 112 positions assignées au fœtus, toutes les positions hybrides, variétés des positions franches ou prétendues telles, selon que l'on aurait rencontré, au début du travail de l'accouchement, la région de la partie qui se présente ordinairement au détroit supérieur dans l'excavation ou au détroit inférieur de la cavité pelvienne, on ne sera pas étonné que d'autres écrivains aient encore renchéri sur Baudelocque, et qu'ils nous présentent 150 positions et variétés de positions au lieu de 25 ou 30, que nous offre un résultat de *quarante mille* accouche-

mens observés à l'hospice de la Maternité par des femmes consciencieuses, qui n'ont eu ni l'ambition des titres, ni des honneurs, ni des décorations que leur sexe n'est point appelé à partager dans le pays de la justice et de la libéralité.

En opposition à cette mensongère nomenclature de présentation érigée à grands frais d'imagination ou de mauvaise foi, on voit, dans les ouvrages anglais les plus récens, que leurs auteurs tiennent à peine compte de la position que présente le fœtus. La tête, les épaules, les fesses, les pieds, voilà à quoi se réduisent les présentations fœtales; c'est tout au plus si l'on fait attention à la position dans laquelle les parties du fœtus se présentent avant la rupture des membranes et dans quelques circonstances particulières.

Il faut convenir cependant que, si chez nous on a porté bien au-delà du possible les présentations de certaines régions du fœtus, on a été dans d'autres contrées sur ce point important de l'art d'une incurie qui, parfois, est suivie d'accidens graves et multipliés.

Nous ferons en sorte d'abréger notre tâche pour les cas imaginaires, en nous réservant l'attention de développer davantage ceux qui se sont offerts et qui se présentent le plus souvent dans la pratique. En faisant remarquer les positions qui se rencontrent le plus ordinairement; quels sont entr'elles leurs rapports numériques avec le résultat de la comparaison des faits, nous arriverons à cette conclusion : que la nature simple et grave n'est pas, comme on s'efforce de nous la présenter, capricieuse et folâtre dans ses opérations; si quelquefois on la voit dévier de sa route, elle ne s'en détourne jamais entièrement.

SECTION III.

Dimensions du Fœtus à terme.

Nous avons déjà dit que la présentation de l'une des deux extrémités du tronc du fœtus au détroit supérieur du bassin de la mère est une des conditions principales pour l'accomplissement de l'accouchement naturel ; mais nous n'avons point encore fait connaître la longueur générale du fœtus, les dimensions de ses parties et leurs rapports avec les organes qu'il doit franchir pendant le travail de l'accouchement. (*Voyez* les pl. 19 et 21.)

Longueur du Fœtus à terme.

Nous prendrons pour terme moyen un enfant de *six* livres, poids le plus ordinaire.

Du sommet aux talons, 16 à 18 pouces;
Lorsqu'il est fléchi sur lui-même, 10 à 11 pouces ;
Du sommet à l'ombilic, 10 à 11 pouces ;
De l'ombilic à la plante des pieds, 7 pouces 8 à 10 lignes ;
Du sommet aux pubis, 10 à 11 pouces ;
De la clavicule à l'extrémité inférieure du sternum, 2 p. 3 lignes;
De l'extrémité inférieure du sternum aux pubis, 6 pouces.

Diamètre du fœtus.

Diamètre *acromial*, du sommet d'une épaule à l'autre, 4 pouces six lignes ;
Les deux épaules serrées entre les branches d'un compas, 3 pouces 6 lignes;
Réduction de ce diamètre, *un* pouce ;
Diamètre dorso-sternal, ou entero-postérieur de la poitrine, 4 pouces 6 lignes;
Du contour d'un iléum à l'autre, 2 à 3 lignes ;
D'une tubérosité fémorale à l'autre, 3 pouces 3 lignes.

Description de la Tête du fœtus.

La tête étant la partie qui se présente le plus souvent à l'orifice de l'utérus au moment de l'accouchement, nous considérerons, d'une manière détaillée, les parties qui la composent.

Dans l'adulte, le crâne est composé de huit os distincts; mais dans le fœtus, les points d'ossification sont nombreux, et quelques uns des os sont formés de plusieurs pièces qui ne se réunissent qu'avec l'âge. Ainsi, nous indiquerons ceux des os qui, dans leur composition, présentent quelques différences importantes pour la pratique des accouchemens. On les distingue ordinairement en *pairs* et en *impairs* : les uns occupent la partie moyenne du crâne; les autres sont situés sur les côtés.

1°. Le *frontal*, os impair, qui forme le front, la partie supérieure et antérieure de la face: il est composé de deux pièces;

2°. Les *pariétaux* : l'un à droite, l'autre à gauche, forment les parois latérales et supérieures du crâne, et concourent à former la voûte, le *vertex* ou *sommet;*

3°. Les *temporaux* : deux os pairs placés, l'un à droite, l'autre à gauche, au dessous et en bas des pariétaux, complètent les parties latérales du crâne, et concourent à en former la base;

4°. L'*occipital*, os impair, qui forme la partie postérieure du crâne, et une portion de sa base;

5°. Le *sphénoïde*, os impair, d'une figure très-complexe, situé à la partie moyenne de la base du crâne;

6°. L'*ethmoïde* qui complète la base du crâne, et concourt à former les cavités nasales. (*Voyez* pl. 20, fig. 2 et 4.)

Des Os de la face.

La face se divise en mâchoire supérieure et mâchoire inférieure.

La mâchoire supérieure est, comme dans l'adulte, composée de treize os; mais dans le fœtus, ces os sont très-petits, très-peu développés, parce qu'à cette époque les cavités nasales ne sont, en quelque sorte, qu'ébauchées, que les dents n'existent pas, et que leurs germes sont cachés dans l'épaisseur des bords alvéolaires. Les os de la face sont distingués, d'après leur position, en *pairs* et en *impairs*, les os pairs sont au nombre de douze, savoir :

1°. Deux *maxillaires* ou *sus-maxillaires*, qui forment la plus grande partie de la mâchoire supérieure et de la voûte du palais ;

2°. Deux *nasaux* ou *os propres du nez*, qui, en se réunissant avec l'os frontal, forment la partie supérieure du nez ;

3°. Deux *zygomatiques* ou *os malaires*, qui forment les pommettes, et concourent à former l'orbite ou la cavité dans laquelle l'œil est logé ;

4°. Deux *lacrymaux* ou *unguis*, qui sont très-minces, très-petits et situés dans la fosse orbitaire, du côté nasal de cette cavité ;

5°. Deux *palatins* qui complètent la partie postérieure de la voûte du palais ;

6°. Deux *sous-ethmoïdaux* ou *cornets inférieurs du nez*, qui sont situés dans les cavités nasales, sous l'ethmoïde, et concourent à augmenter les anfractuosités, la surface des cavités nasales ;

7°. Enfin, un os impair situé dans la direction de la ligne médiane, qui partage les cavités nasales en deux parties égales, et que l'on nomme le *vomer*; cet os très-mince

est presque entièrement cartilagineux dans les enfans naissans.

La *mâchoire inférieure*, qui, dans l'adulte, est formée d'un seul os, est, dans le fœtus, composée de deux pièces dont la réunion sur la ligne médiane est généralement désignée sous le nom de *symphyse du menton*.

Des Fontanelles.

La tête du fœtus diffère de celle de l'adulte, non seulement par son volume, sa forme, sa mollesse, sa flexibilité, le nombre des pièces osseuses dont elle est composée, mais encore par le mode de jonction, et surtout par divers espaces membraneux plus ou moins étendus, qui ne sont point ossifiés, et que l'on désigne sous le nom de *fontanelles :* on en distingue six, qui méritent une attention particulière dans la pratique des accouchemens.

La première, la plus étendue, la plus importante à bien observer, est la *fontanelle antérieure*, la *fontanelle frontale* ou *bregmatique*; elle se trouve sur la ligne médiane de la tête, à la partie la plus supérieure du front, et est formée par le bord des deux pariétaux et des deux pièces de l'os frontal; sa figure approche d'un losange, et sa grandeur varie suivant l'âge du fœtus et le degré d'ossification.

La seconde, que l'on nomme *fontanelle postérieure* ou *occipitale*, également située dans la direction de la ligne médiane de la tête, se trouve à l'angle postérieur et supérieur de l'occiput; elle est formée par le bord des deux pariétaux et la pointe de l'occipital; son étendue est peu considérable et sa figure triangulaire.

Les autres fontanelles, beaucoup moins marquées, se trouvent sur les parties latérales de la tête; l'une, *antérieure* et *inférieure* ou *temporale*, est un petit espace membraneux, triangulaire, situé dans la fosse temporale et formée par une portion de l'os pariétal, du temporal et du sphé-

noïde ; l'autre, *postérieure* et *inférieure* ou *mastoïdienne*, est située un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde et formée par le bord du pariétal et de l'occipital ; sa figure est à-peu-près triangulaire. (*Voyez* pl. 20, fig. 2 et 4)

Des Sutures.

Dans l'adulte, les différens os du crâne sont unis par leurs bords, qui se reçoivent réciproquement, s'engrènent et forment une articulation serrée que l'on désigne sous le nom de *suture;* mais, dans le fœtus, ces os sont seulement unis par des lames membraneuses légèrement cartilaginées, qui se distinguent sous le nom de *commissures*, et on en considère trois principales, savoir :

1°. La *commissure médiane,* communément *suture sagittale*, s'étend, du milieu du bord supérieur de l'occiput, jusqu'au milieu du bord de l'os frontal, et se prolonge ordinairement jusqu'à la racine du nez ; elle est formée par le rapprochement des bords supérieurs des pariétaux. L'extrémité antérieure de cette commissure offre deux angles parallèles à ceux du bord frontal, et forme en cet endroit un espace membraneux que l'on appelle *fontanelle antérieure.*

2°. La *commissure* ou *suture frontale* est celle qui circonscrit et unit les bords de cet os, et forme par sa disposition une portion de cercle ou de couronne.

3°. La *commissure* ou *suture occipitale* unit les bords postérieurs des pariétaux avec l'occiput ; elle s'étend de la base du crâne derrière le bord postérieur du pariétal opposé ; la direction de cette commissure coïncide avec la grande commissure frontale ; mais, en se portant en arrière, les deux angles postérieurs et supérieurs des pariétaux forment avec l'angle supérieur de l'occiput un espace triangulaire, que l'on appelle *fontanelle postérieure* ou *occipitale.*

la grossesse, quoique, pour la plupart, elles lui soient étrangères; mais, comme elles ne le sont pas à notre sujet et qu'elles entrent dans le mode d'enseignement suivi à l'hospice de la Maternité, les élèves de cette école nous sauront sans doute quelque gré de leur fournir les moyens de se rappeler cette partie de leurs études.

Les affections auxquelles sont sujettes les femmes grosses, sont: 1° L'anorexie, 2° les nausées, 3° les vomissemens, 4° les envies ou le pica, 5° la cardialgie, 6° la syncope, 7° la diarrhée, 8° la constipation, 9° les hémorroïdes, 10° les varices, 11° la dysurie, 12° les hernies, 13° la rétroversion ou l'anteversion de l'utérus; 14° l'œdème: affections qui peuvent abréger l'époque ordinaire de la grossesse, en rendre l'événement incertain et quelquefois très-fâcheux.

SECTION PREMIÈRE.

De l'Anorexie.

L'anorexie est un dégoût pour certains alimens, et surtout pour les viandes.

Causes. Saburre; embarras muqueux de l'estomac, des intestins; spasme de l'utérus; pléthore sanguine; flatuosités.

Saburre de l'estomac. *Symptômes :* bouche amère, langue jaunâtre, chaleur dans la région de l'estomac, douleur sus-orbitaire.

Indication. L'emploi des délayans, tels que le petit-lait, la limonade, l'eau de groseille, le bouillon aux herbes potagères fait avec l'oseille, la chicorée, la laitue, le cerfeuil, etc.

Si les symptômes persistent, un grain de tartrite antimonié de potasse (émétique) dans deux verres d'eau tiède, à laquelle on ajoute une once de sirop d'écorce d'orange.

SABURRE DES INTESTINS. *Symptômes* : douleurs dans la région iliaque droite, digestion pénible, constipation, haleine fétide.

Indication. Décoction de rhubarbe concassée, deux gros dans une pinte d'eau pour déterminer les évacuations.

SPASME DE L'ESTOMAC. *Symptômes* : anxiété, palpitations, mélancolie.

Indication. Infusion de fleurs de tilleul, feuilles d'oranger, avec addition de huit à dix gouttes de liqueur minérale d'Hoffman dans chaque tasse.

PLÉTHORE SANGUINE. *Symptômes* : pouls plein, fort, face colorée ; œil animé, langue nette.

Indication. Saignée du bras.

EMBARRAS MUQUEUX DE L'ESTOMAC. *Symptômes* : vomissement d'un mucus glaireux.

Indication. Ipécacuanha, quinze grains en trois prises de cinq grains chaque, à une demi-heure de distance l'une de l'autre. — Légère infusion de fleurs de camomille, de petite sauge, de mélisse.

FLATUOSITÉS. *Symptômes* : pesanteur dans la région de l'estomac, surtout après le repas ; éructation ; émission d'air par l'anus.

Indication. Infusion de fleurs de camomille, de petite centaurée, de semences de fenouil. — Vin de Malaga, d'Alicante.

NAUSÉES. Espèces de hoquets qui précèdent le vomissement.

Indication. La même que pour la saburre de l'estomac

SECTION II.

Du Pica.

Pica, vulgairement *envies*.

Symptômes. Désirs plus ou moins vifs de manger des

C'est par la situation des fontanelles, et par la direction des commissures à l'égard du bassin, que l'on reconnaît la bonne ou mauvaise position de la tête. (*Voy.* pl. 20, fig. 2 et 4.)

Division de la Tête.

La tête du fœtus a une forme à peu près ovoïde, mais déprimée à sa grosse extrémité ; ce qui la rapproche d'un solide pyramidal triangulaire, dont les angles seraient arrondis : ainsi, nous y distinguons, relativement à la manière dont elle peut s'engager dans le bassin et dans les orifices, trois *extrémités*, cinq *régions*, trois *circonférences*, trois *axes* et sept *diamètres*.

Ses trois extrémités sont deux supérieures arrondies : le *front* en devant, l'*occiput* en arrière ; la plus petite, inférieure et en devant, le *menton*.

L'*occiput* s'engage dans le bassin et dans les orifices utéro-vaginal et vulvaire, dans le cas des trois premières positions du sommet ; le *front* s'engage et sort quelquefois le premier dans les trois dernières positions du sommet ; le *menton* sort également le premier dans le cas de position transversale de la face.

Régions de la Tête.

On en compte cinq : 1°. la supérieure ou bregmatique, qui comprennent la voûte du crâne ; 2°. l'antérieure ou la face ; 3°. deux latérales, qui comprennent les tempes ; 4°. l'inférieure ou la base du crâne, qui a moins d'étendue et plus de solidité que la voûte. Elle ne se présente que dans le cas d'expulsion ou d'extraction du fœtus par les pieds, ou bien encore lorsque le tronc a été séparé de la tête. (*Voyez* la pl. 20 déjà cité.)

Circonférences.

On en compte trois : la plus grande, qui se mesure de-

puis la fontanelle postérieure, en suivant la ligne médiane du crâne, de la face, de la base du crâne, et en remontant sur la bosse occipitale jusqu'à l'angle supérieur du même os ;

La moyenne circonférence, qui se mesure de la bosse occipitale, en passant de chaque côté au-dessous des bosses pariétales, sur les bosses frontales jusqu'à la ligne médiane du front : cette circonférence est prise autour de l'axe vertical ;

La petite circonférence, qui se mesure de la base du crâne en remontant de chaque côté au devant des bosses pariétales et frontales : cette circonférence comprend un grand nombre d'autres cercles successivement croissans, depuis celui de la bosse occipitale jusqu'à celui de la face, et toujours autour de l'axe antéro-postérieur.

Axes de la Tête.

On en compte trois : un grand, appelé *occipito-frontal,* parce qu'il s'étend de l'occiput au front ;

Un moyen axe, bi-pariétal, qui coupe le grand à angle droit, et passe par le milieu d'une bosse à l'autre.

Un petit axe, vertical, qui passe du milieu de la commissure médiane jusqu'au milieu du sphénoïde, et qui forme le tiers moyen de la base du crâne.

Diamètres de la Tête.

On en compte sept : 1° le plus grand est celui qui est pris de l'occiput au menton, et que, pour cela, l'on appelle *occipito-mentonnier ;* il a environ *cinq pouces.* Lorsque la tête a exécuté son mouvement de rotation, après avoir présenté l'occiput sur l'un des côtés antérieurs du bassin, ce diamètre est en rapport avec l'axe du détroit périnéal.

2°. Le diamètre *occipito-frontal*, ou antéro-postérieur

a *quatre pouces trois à six lignes.* Au commencement du travail de l'accouchement, dans les cas des 1re, 2e, 4e et 5e positions du sommet, ce diamètre est en rapport avec les diamètres obliques du bassin ; et dans le dernier temps du travail des six positions du sommet, ce même diamètre est en rapport avec le diamètre cocci-pubien : dans le cas des trois premières positions, l'occiput est sous l'arcade des pubis; dans les trois dernières positions, l'occiput est dans la courbure du sacrum.

3°. Le *diamètre cervico-bregmatique* se mesure du derrière du cou au centre de la fontanelle frontale; il a *quatre pouces six lignes.* Dans les derniers temps du travail de l'accouchement des 1re, 2e et 3e positions du sommet, ce diamètre de la tête se trouve en rapport avec le diamètre cocci-pubien du bassin.

4°. Le diamètre *bi-pariétal* ou *transverse*, qui se mesure d'une bosse pariétale à l'autre, a *trois pouces quatre à six lignes.* Dans les 1re, 2e, 4e et 5e positions du sommet, ce diamètre, au commencement du travail, est en rapport avec un des diamètres obliques du détroit abdominal, et dans le dernier temps du travail des six présentations du sommet et des deux dernières positions de la face, il est en rapport avec le diamètre transverse du détroit périnéal.

5°. Le *diamètre temporal*, qui se mesure d'une tempe à l'autre, a environ *trois pouces* d'étendue, toujours *quatre à cinq lignes* de moins que le diamètre bi-pariétal: ses rapports avec le bassin, vers la fin du travail, sont les mêmes que le précédent.

6°. Le diamètre *fronto-mentonnier*, qui se mesure du front au menton, a environ *trois pouces et demi.* Dans les cas de présentation de la face, lorsque la tête a exécuté son mouvement de rotation, ce diamètre est en rapport avec le diamètre cocci-pubien du bassin.

7°. Le *diamètre trachéo-bregmatique*, qui se mesure du devant du cou à la fontanelle antérieure, a *trois pouces six à neuf lignes* d'étendue ; dans les cas de présentation de la face, lorsqu'elle a franchi la vulve, la tête se trouvant arrêtée pendant quelques momens par les bosses pariétales, son diamètre trachéo-bregmatique se trouve alors en rapport avec le diamètre sous-pubio-coccigien du bassin (*voy.* les figures de la pl. 20).

On pourrait ajouter encore à ces diamètres de la tête deux autres diamètres obliques du sommet, les plus petits de tous, les plus importans à connaître, et qui, avant nous, sont passés inaperçus. Chacun de ces diamètres passe du bord antérieur d'un pariétal au bord postérieur du pariétal opposé ; ils forment, en se croisant sur la voûte du crâne, deux lignes obliques qui coupent à angles droits les axes longitudinal et transverse de la tête, et dont le point de réunion tombe sur l'extrémité supérieure de l'axe vertical. Ces deux lignes obliques forment quatre angles vides, dont chacun loge une des protubérances du crâne : 1° le front en devant ; 2° l'occiput en arrière ; 3° une bosse pariétale de chaque côté. Dans les situations obliques du sommet, l'un des diamètres obliques de cette région se trouve en rapport avec le diamètre sacro-pubien (*voy.* pl. 20, fig. 4).

CHAPITRE V.

Des soins à donner aux femmes enceintes.

Nous n'avons pas l'intention de traiter des maladies des femmes ; nous avons consigné dans un autre ouvrage le fruit de nos observations, de nos études et de notre longue pratique. Nous nous bornerons à rappeler succinctement les différentes indispositions qui accompagnent quelquefois

la grossesse, quoique, pour la plupart, elles lui soient étrangères; mais, comme elles ne le sont pas à notre sujet et qu'elles entrent dans le mode d'enseignement suivi à l'hospice de la Maternité, les élèves de cette école nous sauront sans doute quelque gré de leur fournir les moyens de se rappeler cette partie de leurs études.

Les affections auxquelles sont sujettes les femmes grosses, sont: 1° L'anorexie, 2° les nausées, 3° les vomissemens, 4° les envies ou le pica, 5° la cardialgie, 6° la syncope, 7° la diarrhée, 8° la constipation, 9° les hémorroïdes, 10° les varices, 11° la dysurie, 12° les hernies, 13° la rétroversion ou l'anteversion de l'utérus; 14° l'œdème: affections qui peuvent abréger l'époque ordinaire de la grossesse, en rendre l'événement incertain et quelquefois très-fâcheux.

SECTION PREMIÈRE.

De l'Anorexie.

L'anorexie est un dégoût pour certains alimens, et surtout pour les viandes.

Causes. Saburre; embarras muqueux de l'estomac, des intestins; spasme de l'utérus; pléthore sanguine; flatuosités.

SABURRE DE L'ESTOMAC. *Symptômes :* bouche amère, langue jaunâtre, chaleur dans la région de l'estomac, douleur sus-orbitaire.

Indication. L'emploi des délayans, tels que le petit-lait, la limonade, l'eau de groseille, le bouillon aux herbes potagères fait avec l'oseille, la chicorée, la laitue, le cerfeuil, etc.

Si les symptômes persistent, un grain de tartrite antimonié de potasse (émétique) dans deux verres d'eau tiède, à laquelle on ajoute une once de sirop d'écorce d'orange.

Saburre des intestins. *Symptômes :* douleurs dans la région iliaque droite, digestion pénible, constipation, haleine fétide.

Indication. Décoction de rhubarbe concassée, deux gros dans une pinte d'eau pour déterminer les évacuations.

Spasme de l'estomac. *Symptômes :* anxiété, palpitations, mélancolie.

Indication. Infusion de fleurs de tilleul, feuilles d'oranger, avec addition de huit à dix gouttes de liqueur minérale d'Hoffman dans chaque tasse.

Pléthore sanguine. *Symptômes :* pouls plein, fort, face colorée ; œil animé, langue nette.

Indication. Saignée du bras.

Embarras muqueux de l'estomac. *Symptômes :* vomissement d'un mucus glaireux.

Indication. Ipécacuanha, quinze grains en trois prises de cinq grains chaque, à une demi-heure de distance l'une de l'autre. — Légère infusion de fleurs de camomille, de petite sauge, de mélisse.

Flatuosités. *Symptômes :* pesanteur dans la région de l'estomac, surtout après le repas ; éructation ; émission d'air par l'anus.

Indication. Infusion de fleurs de camomille, de petite centaurée, de semences de fenouil. — Vin de Malaga, d'Alicante.

Nausées. Espèces de hoquets qui précèdent le vomissement.

Indication. La même que pour la saburre de l'estomac

SECTION II.

Du Pica.

Pica, vulgairement *envies.*

Symptômes. Désirs plus ou moins vifs de manger des

alimens ou des choses extraordinaires, même dégoûtantes.

Cause. Affection symptomatique de l'estomac, ordinairement de peu de durée.

Indication. Tolérer l'usage des alimens qui font l'objet des désirs de la femme; lui permettre surtout ceux qui contiennent quelques principes nutritifs; employer les autres moyens indiqués pour l'anorexie.

SECTION III.

De la Cardialgie.

Cardialgie. *Symptômes :* douleurs vives vers la région supérieure de l'estomac; spasme de cet organe; sensation incommode de chaleur, d'acrimonie.

Causes. Rapports sympathiques de l'utérus avec l'estomac; irrégularité, affaiblissement des fonctions de l'organe; sensibilité exaltée par l'effet de la grossesse.

Symptômes. Douleur, indigestion, éructation d'une saveur aigre; syncopes, nausées, vomissemens de sérosités plus ou moins muqueuses.

Indication. Alimens nutritifs et de facile digestion; boissons abondantes d'infusion de feuilles d'oranger et de fleurs de camomille, avec quelques gouttes de liqueur minérale d'Hoffman dans chaque tasse. — Magnésie en poudre, douze à quinze grains. — Décoction de rhubarbe ou d'autres amers, tels que les infusions chicoracées.

Lorsque la langue est jaune, la bouche amère, le vomitif est indiqué.

SECTION IV.

De la Diarrhée.

Diarrhée, déjections fréquentes de matières stercorales.

Cause première. Affection sympathique de l'utérus avec les intestins.

Cause deuxième. Saburres qui séjournent dans les intestins; faiblesse des organes alimentaires. — Affections tristes.

1er *Symptôme.* Déjections muqueuses en petite quantité; sommeil, appétit conservé.

2e *Symptôme.* Dégoûts, perte d'appétit, bouche amère, digestions laborieuses, sensibilité douloureuse dans la région épigastrique, douleur de tête, fièvre.

1re *Indication.* Lorsque la diarrhée est récente, eau de rhubarbe, un gros par pinte (ou demi-litre); lavemens avec décoction de graine de lin.

2e *Indication.* Vomitif, exercice modéré. — Régime végétal; herbes potagères; soupes de riz, de semoule, ou de vermicelle.

3e *Indication.* Lorsque la diarrhée est accompagnée de coliques, eau de riz gommée faite avec deux cuillerées de riz dans une pinte d'eau; gomme arabique, un gros.

4e *Indication.* Lorsque les coliques sont apaisées, décoction de racine de patience sauvage, deux onces dans trois pintes d'eau. — Infusion de fleurs de camomille ou de petite centaurée.

SECTION V.

Des Syncopes.

Syncope, suspension des facultés animales et intellectuelles, ou perte de mouvement et de connaissance.

Causes principales : 1° la mobilité, l'irritabilité des nerfs; 2° la pléthore sanguine.

Causes particulières. Chez la femme nerveuse, mouvemens violens de l'ame, tels que la peur, la frayeur, la joie, la contrainte; l'air trop concentré ou le défaut d'exercice, l'habitation dans un lieu trop chaud, le froid, la faim, la fatigue, les odeurs fortes, de quelque nature qu'elles soient.

Chez la femme sanguine, les syncopes sont précédées de céphalalgie, de vertiges, d'éblouissemens, de tintemens d'oreilles, d'insomnie; la face est fortement colorée. Quelquefois il semble à la malade que les objets immobiles tournent autour d'elle, ou que les objets en mouvement sont stationnaires. Quelquefois elle croit marcher dans le vide; d'autres fois elle se livre à des idées tristes, même sinistres. Cette femme est menacée d'apoplexie, de convulsions ou de manie, si on ne lui ouvre promptement la veine.

Indication. Pendant la durée de la syncope, on doit exposer la femme à l'air libre, la débarrasser de tous les liens qui peuvent gêner la circulation du sang; lui faire respirer toutes les odeurs fortes que l'on peut se procurer le plus promptement, telles que l'eau de mélisse ou de Cologne, du vinaigre, dont on lui frotte les mains et les tempes; lui présenter sous les narines de l'ail ou de l'ognon écrasé; de la fumée de tabac ou de papier brûlé; aspersion d'eau froide sur le visage; frictions avec des linges chauds sur la région de l'estomac.

On prévient le retour des syncopes chez la femme sanguine par la saignée; chez la femme nerveuse, par l'usage des aromatiques, des amers, des antispasmodiques; chez la femme affaiblie par la misère, on tâche de lui procurer une nourriture légère et substantielle.

SECTION VI.

De la Constipation.

La constipation est la rétention trop prolongée des matières stercorales dans le rectum; elle peut avoir lieu à toutes les époques de la grossesse.

Causes. Dans les premiers mois, faiblesse ou atonie du canal alimentaire.

Dans les derniers mois, compression qu'exerce l'utérus sur le colon et sur le rectum.

Effets de la constipation. Insomnie, céphalalgie, chaleur incommode; hémorroïdes, et quelquefois l'avortement, par suite des efforts pour aller à la garde-robe.

1re *Indication.* Dans le premier cas, exciter l'action des intestins par les toniques, tels que l'infusion de rhubarbe, de plantes amères ou aromatiques; quelques cuillerées de vin de Malaga; pastilles de quinquina ou de cachou.

2e *Indication.* Si le ventre n'est resserré qu'accidentellement, faire usage des laxatifs, tels que lavemens émolliens avec addition de deux ou trois gros d'huile de ricin ou trois ou quatre cuillerées d'huile d'olive : du jus de pruneaux noirs, eau d'orge miellée; un régime végétal, des herbes cuites, des fruits mûrs.

3e *Indication.* Si la cons ipation est l'état habituel de la femme, bouillon de veau, de poulet, et de plantes potagères : le régime végétal.

SECTION VII.

Des Hémorroïdes.

Les hémorroïdes sont de petites tumeurs plus ou moins nombreuses, plus ou moins rapprochées, d'un rouge livide, formées par l'accumulation du sang dans les veines de l'anus. Les hémorroïdes sont à l'extérieur de l'anus ou cachées dans le rectum, d'où vient la distinction d'*internes* et d'*externes*.

Elles laissent quelquefois échapper du sang; de là, hémorroïdes distinguées en *fluentes* et *non fluentes*.

Causes générales. La faiblesse du système vasculaire.

Causes particulières. 1° Le volume de l'utérus et la compression qu'il exerce sur les vaisseaux hémorroïdaux; 2° la constipation opiniâtre; 3° et plus tard l'accouchement.

L'ouverture naturelle des hémorroïdes soulage la femme qui en est incommodée.

1re *Indication.* La même que pour la constipation.

2e *Indication.* Application de sangsues autour de la tumeur; onction avec l'onguent populéum, le baume tranquille, ou avec de la crême.

Lorsque les hémorroïdes gênent la malade pour s'asseoir, on lui recommande l'usage d'un siége à bourrelet, ou de se tenir couchée. On pourrait encore l'engager à faire rentrer elle-même les hémorroïdes, et de les maintenir au moyen d'un tampon de linge solidement roulé et appliqué sur l'anus, en le fixant au moyen d'un bandage en T.

L'écoulement des lochies, après l'accouchement, fait disparaître les hémorroïdes ; mais lorsqu'elles sont habituelles, au lieu de diminuer, elles augmentent au point de cacher profondément l'anus, et de rendre très-difficile l'excrétion des matières, et l'injection du rectum impossible. Quelquefois elles passent à l'état squirrheux, et se terminent le plus souvent par le cancer du rectum.

SECTION VIII.

Des Varices.

Les varices sont de petites tumeurs noirâtres, noueuses, inégales, formées par la dilatation et les sinuosités des veines sous-cutanées ; elles affectent particulièrement les jambes, les cuisses et la vulve, quelquefois le vagin et l'orifice de l'utérus, plus souvent du côté gauche que du côté droit, surtout vers les derniers temps de la grossesse.

Causes. Les mêmes que celles des hémorroïdes.

1re *Indication* Prévenir la rupture des varices par le repos, la suppression des liens qui contribuent à augmenter la gêne de la circulation, entretenir la liberté du ventre par des boissons et des lavemens laxatifs.

Les bandelettes, les bas de peau de chien sont plus nuisibles qu'utiles : si ces moyens de compression s'opposent au développement des varices de la partie sur laquelle ils sont appliqués, ils contribuent à augmenter celles de la vulve et du vagin. — Entretenir la liberté du ventre.

2e *Indication.* Application de sangsues, surtout à la vulve et autour du vagin quand ces parties sont gorgées de sang, afin de prévenir ces trombus qui se forment à la vulve, et parfois dans le canal vulvo-utérin ; elles donnent lieu quelquefois à des tumeurs douloureuses dont on ignore l'existence et le siége, et qui finissent par abcéder. On pourra, par ce même moyen, prévenir aussi ces hémorrhagies mortelles qui ont eu lieu par la rupture d'une veine variqueuse du vagin, comme nous en avons vu deux exemples (1).

Les varices reparaissent et quelquefois augmentent dans les grossesses suivantes.

SECTION IX.

De la Dysurie.

La dysurie est la difficulté d'uriner; et on appelle *iskurie* la rétention d'urine ou l'impossibilité d'uriner.

Causes. 1° Dans le commencement de la grossesse, la rétroversion de l'utérus, qui peut être en même temps la cause et l'effet de la rétention d'urine ;

2° Dans la grossesse avancée, l'extrême déviation antétieure de l'utérus, qui, en pressant sur le col de la vessie, contre le bord supérieur des pubis, met obstacle à l'évacuation de l'urine ;

3° La présence de la tête dans l'excavation du bassin,

---

(1) *Voyez :* Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin, par *Deneux.*

et la pression qu'elle exerce pendant le travail de l'accouchement sur le col de la vessie;

4° La présence d'une pierre dans la vessie.

Effets. La dysurie prolongée peut occasionner la hernie de la vessie, sa rupture, l'inflammation, la gangrène, la mort.

1re *Indication.* Dans le cas de rétroversion, restituer l'organe à sa place.

2e *Indication.* Lorsque le ventre est pendant en devant, faire prendre à la femme une situation horizontale; repousser le fond de l'utérus d'avant en arrière, afin de rendre au col de la vessie la liberté nécessaire pour l'évacuation de l'urine;

Ou bien ramener en devant le col de l'utérus au moyen de quelques doigts introduits dans le vagin, tandis que de l'autre main on en repousse le fond.

On soutient le ventre en besace au moyen d'une large ceinture élastique.

Nous avons fait faire usage d'une ceinture que toute femme peut faire elle-même, et qui remplit très-bien l'intention proposée. Cette ceinture consiste en une espèce de caleçon de toile, de coton ou de laine, selon la saison, fermant devant jusqu'au bas des pubis, plus étroit sur ce point, de manière à embrasser le bas du ventre. Ce caleçon se ferme derrière par deux larges et longues pates qui se croisent l'une sur l'autre, et viennent de nouveau se croiser en devant et se fixer sur les pubis, soit au moyen d'un lacet ou avec une large boucle. Au bas du caleçon, qui se termine au-dessous du genou ou au-dessus de la cheville du pied, on adapte deux bandes en élastique de caout-chouc qui vont se rendre sous le pied, ou que l'on coud de chaque côté de chaussons en coton ou de toute autre étoffe solide. De cette manière, on n'a pas à craindre que la

ceinture remonte, comme il arrive lorsqu'elle n'est pas fixée à demeure.

3e *Indication*. Pendant le travail de l'accouchement, soulever la tête de l'enfant, qui comprime le col de la vessie, ou extraire l'urine au moyen de la sonde.

Pour introduire la sonde dans le méat urinaire, il faut que la femme soit couchée : on lui fait tenir le siége élevé; lorsque l'extrémité de la sonde est introduite, on abaisse doucement l'autre extrémité en la dirigeant vers l'anus de la femme, de manière que le corps de la sonde se trouve parallèle à la vulve, et que sa face convexe regarde les pubis; on la pousse avec ménagement de bas en haut dans cette direction, jusqu'à environ quinze lignes de profondeur; alors on roule doucement entre le pouce et l'index le corps de la sonde, de manière à diriger sa face concave vers les pubis, surtout dans le cas d'obliquité antérieure de l'utérus, pour faire coïncider la courbure de l'instrument avec la flexion antérieure du col de la vessie.

4e *Indication*. Lorsque le travail est avancé, si l'on n'a pu introduire la sonde, si la vessie est menacée de se rompre sous les efforts des contractions de l'utérus, on préviendra cet accident par l'extraction de la tête du fœtus au moyen du forceps.

5e *Indication*. Lorsque la rétention d'urine est occasionnée par la présence d'une pierre, il faut tâcher de la repousser au moyen de la sonde, ou sinon en faire l'extraction avant d'opérer l'accouchement : quelquefois la pierre a été poussée dans le méat urinaire par la pression qu'exerçait la tête de l'enfant sur le col de la vessie. *Louise Bourgeois* (1) et *Smellie* (2) en rapportent chacun un exemple.

---

(1) *Louise Bourgeois* a fait elle-même l'extraction de la pierre dans le cas dont elle fait mention. *Observations diverses*, p. 130.

(2) *Observ. sur les Accouch.*, t. 2, Observ. 2.

SECTION X.

De la Hernie.

La hernie est une tumeur formée par le déplacement d'une partie molle recouverte par les tégumens propres de la partie où elle se trouve située.

Les intestins sont plus susceptibles de se déplacer, à cause du peu de résistance que leur opposent certains points de l'abdomen ; tels que l'anneau ombilical, l'inguinal, le trou sous-pubien, la cloison recto-vaginale du péritoine.

Causes générales. La laxité des muscles de l'abdomen, les efforts violens, un coup, une chute, etc.

La hernie habituelle se trouve souvent réduite par le développement de l'utérus; en s'élevant, il fait rentrer la portion d'intestin engagée dans l'épaisseur de la paroi de cette cavité.

La hernie est *complète* ou *incomplète.* Dans le premier cas, une des parois de l'intestin forme la tumeur; dans le second, l'intestin replié en double forme une anse dans l'endroit où il s'est logé.

Effets de la hernie. Violentes coliques, vomissemens, diarrhée, fièvre, inflammation de l'intestin, la gangrène, la mort.

1re *Indication.* La réduction de la tumeur, sa rétention; dans la grossesse avancée, la réduction est impossible.

2e *Indication.* Pendant la contraction de l'utérus, soutenir la tumeur avec l'extrémité des doigts ou avec une compresse pliée en plusieurs doubles.

3e *Indication.* Si la hernie était étranglée, et que l'état de l'orifice permît d'opérer l'accouchement, il faudrait

amener l'enfant par les pieds ou en faire l'extraction avec le forceps.

La hernie utéro-inguinale est un déplacement de l'utérus, qui a été décrit par *Sennert, Hildan, Ruisch*, et de nos jours par *Lallement*. Cet accident peut avoir lieu dans l'état de vacuité comme dans l'état de grossesse : il est toujours précédé de la rétroversion de l'organe, dont l'orifice, ou museau de tanche, porté par le renversement jusqu'au-dessus des pubis, s'engage par l'ouverture que lui présente l'anneau inguinal.

Cette hernie peut être complète ou incomplète.

Causes. Toutes celles qui déterminent la rétroversion de l'utérus.

Signes sensibles. Tumeur dans l'aine proportionnée au volume de l'utérus et au degré d'engagement de l'organe dans l'anneau sus-pubien : absence du col de l'utérus dans le vagin.

1re *Indication*. Tenter la réduction, s'il est possible.

2e *Indication*. Si la réduction présente de la difficulté, il faut opérer la dilatation artificielle de l'anneau inguinal pour faciliter la rentrée et le replacement de l'utérus dans sa situation naturelle.

3e *Indication*. Mais si l'utérus renfermait le produit de la conception, et que la grossesse fût déjà avancée, l'accident n'offrirait d'autre ressource que l'incision de la tumeur utérine pour en extraire l'enfant.

SECTION XI.

De la Rétroversion de l'Utérus.

La rétroversion de l'utérus est le déplacement de l'organe ou son renversement en arrière : son fond se trouve logé dans la courbure du sacrum, et son orifice est relevé derrière les pubis, de manière que sa paroi postérieure est

devenue accidentellement inférieure par rapport au bassin, et sa paroi antérieure se trouve dans la direction du détroit abdominal.

Cet accident n'arrive que dans les premiers mois de la grossesse, parce que l'utérus jouit alors d'une très-grande mobilité dans le bassin où il se trouve encore entièrement contenu.

Diagnostique. Les dangers augmentent en proportion de la durée de l'accident : il est donc très-important d'en acquérir de bonne heure la connaissance.

Symptômes. 1° Tiraillemens douloureux dans les aines; 2° ténesmes ou étreintes intestinales et vésicales; 3° difficulté d'uriner et d'aller à la garde-robe, ou suppression de ces deux fonctions; 4° nausées; 5° vomissemens; 6° fièvre; 7° tuméfaction des parties externes. *On reconnaît par le toucher :* 1° que le vagin a perdu de sa longueur; 2° à travers sa paroi postérieure, tumeur large et solide; 3° absence du col et de l'orifice de l'utérus au centre du bassin; 4° l'orifice situé derrière les pubis et quelquefois au-dessus.

Causes. 1° Pression légère, mais continue, des viscères abdominaux sur l'utérus; 2° efforts, exercices violens; 3° coups, chutes; 4° le plus souvent, développement considérable de la vessie occasionné par une rétention volontaire; 5° projection trop considérable de l'angle sacro-vertébral; 6° tumeurs squirrheuses dans le tissu recto-vaginal. Quelquefois on a confondu ces sortes de tumeurs avec une rétroversion de l'utérus à l'état de grossesse, et fort souvent aussi on a pris une grossesse extra-utérine qui s'était développée dans l'excavation du bassin pour une rétroversion de l'utérus occupé par le produit de la conception (1).

---

(1) Nous avons rencontré quinze de ces cas : la tumeur recto-

Pronostic. La rétroversion est toujours dangereuse, surtout lorsqu'elle existe déjà depuis quelque temps, à cause des accidens qui l'accompagnent.

1re *Indication*. Vider la vessie en faisant évacuer l'urine avec la sonde, matin et soir; faciliter l'éjection des matières stercorales par des lavemens; insister sur ces moyens, et, selon *J. Burns*, l'utérus se restituera de lui-même.

2e *Indication*. Lorsque l'organe est développé au point de remplir toute l'excavation du bassin, sa restitution offre de grandes difficultés; on y procède de cette manière :

La femme étant située dans la supination, le bassin plus élevé que la poitrine, on introduit un ou plusieurs doigts d'une main dans le rectum, et plusieurs doigts de l'autre main dans le vagin : du côté du rectum on repousse le fond de l'utérus, tandis que du côté du vagin on en abaisse le col. La femme ne doit faire aucun effort pendant l'opération.

3e *Indication*. Lorsque la restitution n'a pu avoir lieu, la saignée et les bains seront employés pour dégorger les vaisseaux et calmer l'inflammation; réitérer les moyens préparatoires; renouveler les tentatives de réduction jusqu'à ce qu'on soit parvenu à ramener l'utérus dans sa situation naturelle.

Lorsque toutes les tentatives de réduction ont été infructueuses, on a proposé de diminuer le volume de l'utérus, 1° en rompant les membranes au moyen d'un stylet introduit dans le col de l'utérus pour faire évacuer l'eau de

---

vaginale emplissait l'excavation du bassin. Elle avait repoussé la paroi postérieure du vagin de manière à oblitérer entièrement ce canal, et à occasionner des accidens très-graves, tels que de violentes coliques, la strangurie, la constipation, etc.

l'amnios; 2° en faisant la ponction par le vagin, sur la partie la plus accessible de l'utérus, au moyen d'un trocart convenable.

On a encore proposé la gastrotomie, l'hystéro-gastrotomie, et la section de la symphyse des pubis. Cette dernière opération, faite dans le moment opportun, en donnant plus d'amplitude au bassin, pourrait faciliter la réduction de l'utérus et sauver la mère et l'enfant.

Dans le cas où la rétroversion serait l'effet d'une tumeur molle assez engagée dans le bassin pour être accessible du côté du vagin et du rectum, on pourrait la vider par l'un ou l'autre canal, soit en y plongeant le trocart, soit en pratiquant une incision. Quand la tumeur est squirheuse, irréductible et très-volumineuse, la femme est exposée aux plus grands dangers. Cependant, l'extraction d'une semblable tumeur a été pratiquée avec le plus grand succès sur une femme en travail pour accoucher par *J. Burns*, accoucheur anglais.

Lorsque l'utérus a été réduit dans sa situation naturelle, on l'y maintient en faisant garder le lit à la malade, en lui recommandant le plus grand repos, d'éviter toute espèce d'efforts que l'on prévient en facilitant les selles par des lavemens, et l'excrétion de l'urine au moyen de la sonde.

Plus la réduction a été difficile à obtenir, plus la rétention est assurée.

SECTION XII.

De l'Antéversion de l'Utérus.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit en parlant des cordons postérieurs de l'utérus (*utéro-sacrés*), on verra que, dans son état naturel de vacuité, l'utérus est toujours situé dans le bassin de manière que son fond est incliné en devant et à droite, tandis que son orifice externe est porté à gauche et en arrière, la femme étant examinée debout.

Cette disposition naturelle venant à augmenter dans les trois premiers mois de la grossesse, au moment où le fond de l'organe est près de franchir le détroit abdominal, il semble en effet que l'utérus est situé en travers du détroit abdominal et parallèle au diamètre sacro-pubien. C'est, il n'en faut pas douter, cette disposition utile, indispensable de l'utérus pour pénétrer dans la cavité abdominale que l'on a désignée sous le nom d'*antéversion*. On a considéré cette situation de l'utérus comme cause d'accidens analogues à ceux de la rétroversion; mais il faudrait l'attribuer à toute autre cause, si l'on examinait avec soin l'état des parties.

Il ne pourrait y avoir que des adhérences morbides de quelques-unes des annexes de l'utérus, une exostose ou une saillie trop considérable de l'angle sacro-vertébral, ou bien encore la présence de quelques corps anormaux développés dans les régions supérieures de l'abdomen tels que ceux formés par une affection du foie, d'un rein, etc., dont le volume et le poids forceraient le fond de l'utérus à se fixer et à se développer dans l'excavation du bassin.

L'antéversion à l'état sain de vacuité de l'utérus ne saurait déterminer d'accidens bien graves, l'excavation du bassin ayant beaucoup plus d'étendue dans son diamètre sacro-pubien que la matrice n'a de longueur.

L'antéversion forcée peut devenir un obstacle invincible à la fécondation, si on ne remédie à la position vicieuse de l'utérus par quelques moyens mécaniques propres à redresser l'organe, et à le maintenir au centre du vagin où il doit être situé.

Ainsi, l'antéversion de l'utérus est et devait être beaucoup plus rare que la rétroversion qui, elle-même, se rencontre fort rarement.

SECTION XIII.

De l'OEdème.

L'œdème est une bouffissure ou enflure, sans douleur, des tégumens, qui rend la peau blanche, froide et luisante. Elle affecte plus particulièrement les pieds, les jambes, les cuisses et la vulve chez les femmes d'un tempérament lymphatique.

Causes. 1° La faiblesse générale; 2° la compression des veines, des vaisseaux lymphatiques par le volume et le poids de l'utérus.

1re *Indication.* On ne peut que modérer les symptômes de cette affection par le repos dans une situation horizontale.

2e *Indication.* Pendant le travail de l'accouchement, lorsque la tuméfaction de la vulve nuit à la sortie de la tête de l'enfant, on fait, avec la pointe d'une lancette, de petites piqûres ou scarifications sur la partie tuméfiée; alors l'eau s'écoule et la tumeur s'affaisse.

Après l'accouchement, on applique sur les scarifications des compresses trempées dans du vin chaud ou dans un mélange d'eau et d'eau-de-vie, ou bien dans une décoction de plantes aromatiques, telles que la sauge, la marjolaine, le thym, ou tout autre tonique.

DEUXIÈME PARTIE.

CHAPITRE PREMIER.

Des causes et des signes de l'Accouchement naturel.

Nous avons dit que l'accouchement naturel est l'expulsion spontanée du fœtus par les *contractions de l'utérus*, aidée des muscles abdominaux.

La contraction de l'utérus est une action involontaire, un mouvement de l'organe par lequel il tend à revenir sur lui-même, à se resserrer, à diminuer de capacité.

On a distingué deux sortes de contractions : l'une, régulière et constante, qui tend sans cesse à diminuer la capacité de l'utérus lorsque ses parois ont été distendues. Cette action continue de l'utérus est susceptible d'augmenter de beaucoup en énergie et dans les circonstances simples et naturelles. Cette action suffit pour expulser le produit de la conception : ce qui s'observe sur la plupart des femmes de l'Asie, de l'Égypte, chez celles de la Calabre. C'est aussi par cette simple action de tonicité que les brutes à l'état sauvage mettent bas les fruits de leur fécondité. Chez toutes les femelles qui ne sont point soumises aux influences sociales, chez celles surtout qui ne sont point saisies de la crainte des infirmités ou de la mort qui peuvent résulter de l'exécution d'une fonction toute naturelle, de mettre un enfant au monde, ces contractions simples de la matrice suffisent pour expulser l'enfant qui est en bonne position.

C'est encore à cette action de tonicité, de la part de l'utérus, que l'on doit ces exemples étonnans d'expulsion de l'enfant après la mort de la mère : cette contraction n'est donc pas nécessairement douloureuse.

Mais l'autre espèce de contraction, qui est inhérente à celle-ci, qui se fait remarquer par des alternatives d'action et de repos, de resserrement et de relâchement, ou d'expansion, cette espèce de contraction est le plus souvent accompagnée de douleurs ; elle est considérée par plusieurs écrivains praticiens comme accidentelle ou artificielle.

Mais quelle est la cause de cette contraction ? Est-il vrai qu'elle soit déterminée par les efforts que fait l'enfant pour sortir du lieu où il est renfermé ? Est-ce, comme quelques auteurs l'ont pensé, le décollement du placenta qui cause la douleur, et, par suite, la contraction ? Serait-ce la distension trop considérable de l'utérus qui déterminerait son action ? ou le simple contact des membranes sur l'orifice externe qui exciterait la stimulation de ce viscère ? Faut-il croire avec *James* que la cause de l'accouchement réside dans la dessiccation, l'oblitération des vaisseaux du placenta ? Ou bien, si nous embrassions l'opinion de ceux qui pensent que l'utérus exerce sa faculté contractile depuis le moment de la conception, il faudrait croire avec eux, qu'après avoir fait des efforts continuels pour se débarrasser des corps qu'il renferme, l'utérus redouble d'activité au neuvième mois pour chasser au-dehors le fardeau qu'il ne peut plus supporter. Nous n'essaierons pas de reproduire les raisonnemens plus ou moins spécieux en faveur ou contre ces différentes opinions ; nous nous rendons de l'avis de ceux qui considèrent l'accouchement comme une suite nécessaire de la disposition, de l'arrangement des parties de la femme, comme le dernier résultat de la conception et de la

grossesse. Et, en effet, rappelons-nous la disposition de l'utérus et ses rapports avec les autres parties de la génération.

L'utérus a trois ouvertures : deux supérieures ou orifices tubaires, une inférieure ou orifice utéro-vaginal.

Les orifices tubaires sont destinés à laisser pénétrer dans la cavité de l'utérus l'œuf fécondé; et cette cavité est le lieu qui lui est destiné par la nature pour recevoir la nutrition, l'incubation, qui lui est nécessaire pour son accroissement.

L'ouverture inférieure de l'utérus, selon l'opinion généralement reçue, sert à laisser pénétrer le principe fécondant, et à la sortie de l'œuf lorsqu'il sera parvenu à sa maturité.

Cet orifice inférieur est situé au centre de la cavité du bassin, dont les dimensions sont proportionnées au volume de l'enfant à terme qui doit traverser ses deux détroits.

Le col de l'utérus qui s'ouvre dans le vagin, canal très-extensible, par sa direction, conduit de l'orifice de l'utérus à l'ouverture extérieure du bassin.

Les parties de la femme sont donc disposées pour recevoir, conserver le produit de la conception, et pour le laisser sortir lorsqu'il en sera temps : c'est ce que démontrent encore mieux les changemens qui surviennent à toutes ces parties pendant la grossesse.

Nous avons vu que du moment que la conception a lieu, la circulation du système utérin devient plus active ; elle se fait plus en grand; les sécrétions sont plus abondantes. Ayant eu lui-même tous les rudimens propres à son expansion, l'utérus se développe, s'accroît à mesure et dans les mêmes proportions que s'accroissent et se développent les corps qu'il contient; les fibres du fond et du corps de l'organe plus souples, plus molles que celles du col, se développent pendant les trois premiers mois; à cette épo-

que de la grossesse, la circulation devenue encore plus active, en proportion de la force vitale du fœtus, la nutrition et les sécrétions deviennent aussi plus abondantes qu'auparavant; non-seulement le col s'alonge, s'amollit, s'évase du côté de l'utérus, sans perdre de sa longueur; mais les membranes croissent, s'étendent, s'allongent, pénètrent dans la portion déjà développée du col, qui continue de s'évaser jusqu'à la fin du neuvième mois : c'est alors qu'il est totalement effacé, que les membres se trouvent en contact avec son orifice externe : le vagin, la vulve et toutes les parties environnantes, se gonflent, s'humectent, se dilatent pour livrer passage à l'enfant. Lorsqu'il est parvenu à son degré de maturité, tout est préparé pour l'accouchement.

L'utérus n'ayant la faculté de s'étendre qu'autant que l'équilibre est conservé entre la cause et les moyens de son extension; si les fluides lui arrivent en trop grande quantité, ou s'ils cessent de venir, l'équilibre est détruit; si l'utérus reçoit toujours, et que le fœtus ne prenne plus rien, il en résulte surabondance de fluide, engorgement des parois de l'utérus; si, de son côté, le placenta, qui a reçu tout le degré de développement dont il est susceptible, ne peut plus admettre que difficilement le sang qui lui est apporté par les artères ombilicales, gorgé à son tour, il ne pourra bientôt plus en reprendre de l'utérus. L'appareil musculaire de cet organe ayant acquis à cette époque tout le développement, toute l'énergie nécessaires pour exercer complètement sa propriété contractile, ferait en vain des efforts pour s'étendre davantage. Aminci, ne pouvant plus prêter à l'extension qu'en s'ouvrant, le col, d'un tissu plus serré, peut-être plus nerveux que le reste de l'organe, résiste pendant quelque temps; mais cette résistance de la part du col, l'engorgement des parois du corps de l'utérus, excitent la stimulation de ce viscère, et déterminent une pre-

mière contraction qui est à peine *sensible;* c'est lorsqu'elle se renouvelle à des intervalles plus rapprochés; c'est quand, forcé de céder à l'action du fond de l'utérus, l'orifice commence à s'ouvrir, que s'annonce ordinairement la *douleur*.

Causes efficientes de l'Accouchement.

On les divise en causes *principales* et en causes *secondaires*.

La cause principale réside particulièrement dans l'action musculaire de l'utérus ; on pourrait même dire qu'elle y réside uniquement. On a vu cet organe se suffire à lui-même pour expulser le fœtus et ses annexes dans le cas de prolapsus complet de l'organe (1, 2), dans les cas de sommeil profond occasionné par des boissons assoupissantes ou enivrantes. On rencontre encore souvent dans notre état de civilisation, même chez quelques-unes qui occupent les plus hautes régions de la société, des femmes qui accouchent sans douleurs ou presque sans douleurs, chez lesquelles l'action tonique de l'utérus seule suffit pour expulser le produit total de la conception. Mais ici c'est plutôt l'effet de l'art, des potions, des bains fréquens, que celui de la nature.

Pendant la contraction de l'utérus, les fibres de son fond et de son corps se raccourcissent ; la capacité de ce viscère diminue d'étendue ; les fibres du col s'allongent, se distendent, et l'orifice externe se prépare à la dilatation.

L'action de l'utérus produit quatre effets : 1° la dilatation de son orifice ; 2° la douleur ; 3° le décollement des membranes ; 4° et l'expulsion du fœtus et de ses annexes.

---

(1) Paul Portal, *Pratique des Accouch.*, Observ. X, p. 98.
(2) Jalouset, *Journal de Médec.*, an 1775, mois d'avril,

Causes secondaires de l'Accouchement.

Quoique l'utérus ait en lui-même des forces suffisantes pour opérer l'expulsion du produit de la conception, cependant, vers la fin du travail, il est ordinairement aidé dans son action par des agens d'un second ordre dont il est environné, à l'influence desquels il est soumis : les uns agissent d'une manière *directe*, les autres d'une manière *indirecte*.

Les organes qui agissent directement sur l'utérus sont le *diaphragme* et les *muscles abdominaux*. Le premier, en s'abaissant, presse, refoule de haut en bas le fond de l'utérus ; les muscles sterno-pubiens pressent l'utérus de devant en arrière ; les muscles obliques, venant se réunir par leurs aponévroses vers l'ombilic, centre de leur action, pressent circulairement l'utérus à la manière d'une large ceinture, dont les extrémités seraient rapprochées et maintenues selon la ligne médiane de l'abdomen. L'utérus, ainsi fixé de toutes parts, est soutenu dans son action, en même temps qu'il est préservé de rupture.

Le col de l'utérus n'est soumis à aucune espèce de compression, parce qu'il est le seul qui doive céder à toutes les forces combinées qui se réunissent pour déterminer son orifice à s'ouvrir.

Les agens du second ordre, qui coopèrent d'une manière indirecte à soutenir les contractions de l'utérus, sont : 1° les muscles de la partie supérieure du tronc ; en fixant la poitrine, ils l'empêchent de céder à la contraction des muscles abdominaux ; 2° les muscles des extrémités inférieures, en opposant une résistance convenable à ceux de l'abdomen, maintiennent la bassin dans la situation la plus favorable à l'expulsion de l'enfant. Mais sans prétendre nier l'influence salutaire que peut exercer, en plusieurs circonstances, la contraction des muscles abdominaux, ce moyen d'aider

l'action de l'utérus, et dont la femme souffrante fait usage par tradition, est-il toujours mis en jeu utilement, et à propos?

Quand les douleurs ont leur siége hors de l'utérus; quand cet organe n'est point encore, ou n'est qu'à peine disposé à se contracter, ou bien que ces contractions sont partielles, irrégulières; qu'il est dans un état de spasme général ou dans une totale inertie; que son orifice n'est que peu ou incomplètement dilaté, de quelle utilité peuvent être les contractions des muscles abdominaux dans tous ces cas? L'utérus se trouve pressé, comprimé, refoulé en différens sens; mais tous ces efforts, de la part de la femme, ne servent qu'à la fatiguer, à l'épuiser, sans qu'il en résulte le moindre changement dans la marche progressive du fœtus.

Dans la déplétion naturelle de la vessie et du rectum, l'action des muscles abdominaux est mise en jeu; mais c'est plutôt par habitude que par nécessité. Car dans les cas d'iskurie ou de constipation opiniâtre, c'est le plus souvent en vain que les muscles de l'abdomen se contractent avec violence pour opérer la déplétion de la vessie ou du rectum; il faut avoir recours à d'autres moyens pour enlever l'obstacle qui s'oppose à l'exécution des fonctions de ces organes.

Il en est de même dans le travail de l'accouchement: les efforts volontaires sont souvent inutiles, et même nuisibles en beaucoup de cas.

Les contractions des parois abdominales ne peuvent être efficaces que lorsque la tumeur utéro-vaginale occupe l'excavation du bassin qui est au centre de cette cavité; que l'orifice externe est complètement dilaté, et que l'utérus a des contractions alternatives et régulières: sans ces conditions, qui indiquent d'ailleurs une situation convenable du fœtus, les contractions des muscles de l'abdomen,

au lieu d'avancer le travail, ne servent qu'à en prolonger la durée.

Des signes du travail de l'Accouchement naturel.

Les efforts réunis de l'utérus et de la femme pour expulser le fœtus, produisent différens effets dont les uns occasionnent des changemens dans l'état de la mère, et les autres dans la situation et dans l'état de l'enfant.

La durée du travail est relative au degré d'action de l'utérus, et au degré de résistance des parties qui doivent livrer passage à l'enfant; de là, ces différences selon l'âge, la constitution de la femme, la disposition de ses parties molles ou osseuses, et selon le volume de la partie qui s'y présente.

La pratique offre tous les jours des exemples de femmes faibles, débiles, chez lesquelles de légères contractions suffisent pour expulser le fœtus à terme. Chez certaines femmes, l'utérus semble plutôt *lâcher*, que *pousser* l'enfant; tandis que chez d'autres, dont la fibre rénitente, tendue, annonce une grande énergie du système musculaire, la dilatation des parties ne s'opère que lentement, douloureusement, et avec des efforts plus ou moins long-temps répétés.

L'observation des différens phénomènes qui s'opèrent le plus généralement, pendant le travail de l'accouchement, l'ont fait diviser en plusieurs temps ou périodes, qui indiquent la marche progressive de la nature dans cette importante fonction.

Signes précurseurs du travail de l'Accouchement.

A la fin du neuvième mois de la grossesse, le plus souvent avant cette époque, la tête du fœtus, enveloppée du col utérin, pénètre dans le détroit abdominal; même assez fréquemment on la trouve plongée dans l'excavation du

bassin, et s'y présente sous forme globulaire. Lorsque la partie qui se présente n'a point cette forme arrondie, il est rare qu'elle soit en rapport convenable avec les détroits du bassin. Dans ce cas, la dilatation de l'orifice s'opère presque toujours hors de la portée du doigt : elle ne se fait pas circulairement, comme quand la tête ou les fesses se présentent en position favorable. Le fond de l'utérus s'abaisse d'autant, que sa portion inférieure est descendue; les muscles abdominaux éprouvent un peu de relâchement ; la poitrine se développe avec plus de facilité; la respiration est plus libre, la circulation plus facile ; la femme se sent plus alerte ; à ce bien-être, de peu de durée, succèdent de fréquentes envies d'uriner, un sentiment d'engourdissement dans toutes les régions de l'utérus ; la femme ressent du gonflement, de la pesanteur dans le vagin et dans la vulve, qui se trouvent abreuvés par une humeur glaireuse, plus ou moins abondante, et quelquefois légèrement colorée de sang.

Premier temps.

La contraction, le resserrement de l'utérus, s'annonce avec plus de force ; la tension de l'orifice interne, dont les fibres, dans l'état habituel, sont plus compactes, plus serrées que celle du corps et du col, occasionne une douleur légère dans cette région de l'organe, et non dans son corps. Cette opinion, fondée sur la sensation que nous avons éprouvée, et fortifiée par l'observation, nous n'oserions encore l'émettre aujourd'hui. Mais depuis que cet ouvrage a vu le jour pour la première fois, nous avons rencontré plusieurs auteurs qui, comme nous, pensent que le siége de la douleur est dans les orifices et dans le col de l'utérus, et non dans le corps de ce viscère, dont la contraction n'est pas plus douloureuse que celle des muscles

de l'abdomen, de la vessie et du rectum (1). Ainsi que toutes ces parties, l'utérus n'est vraiment douloureux qu'autant qu'il est affecté de quelque maladie particulière. La comparaison que l'on a faite de la douleur de cet organe aux *crampes douloureuses* des autres muscles, ne pourrait s'appliquer qu'aux contractions spasmodiques, qui sont de véritables crampes utérines.

Nous osons donc affirmer, et nos sensations ne nous ont pas trompée, que, lorsque commence, et pendant tout le temps que dure la contraction, la femme n'éprouve qu'un sentiment de *pression* plus ou moins forte, qui semble prendre naissance dans toute l'étendue de la ligne médiane de la paroi postérieure de l'utérus, s'étend sur les côtés jusqu'au-devant de la ligne médiane antérieure, qui s'élève, se durcit et distend la région moyenne des parois abdominales. Cette pression égale, uniforme dans toute l'étendue du fond du corps de l'organe, s'accompagne d'un engourdissement qui se propage jusqu'à l'orifice interne. A cet engourdissement succède un tiraillement douloureux qui commence par la paroi postérieure du col, vers la base du sacrum (2), continue, en descendant obli-

(1) Sans faire mention de Bilon, cité par le professeur Gardien, Stein, Asdrubali, Denman, Hopkins, et depuis Dewees, Power Merriman, et beaucoup d'autres encore, font résider le siége de la douleur de l'enfantement dans l'orifice de l'utérus. Stein s'exprime ainsi : Les causes des douleurs ou des contractions de la matrice ne sont pas d'elles-mêmes et de leur nature douloureuses, de même que le stimulus naturel ou les matières fécales ne le sont pas pour l'anus ; et la femme accoucherait sans douleur, si le segment inférieur de l'utérus, ou les parties voisines appartenant à la mère, ne résistaient fortement au passage du fœtus, en occasionnant des douleurs par leur antagonisme. Les autres auteurs que nous venons de citer s'expriment à peu près dans le même sens.

(2) Dans le neuvième mois de la grossesse, la portion de l'utérus qui formait l'orifice interne se trouve au niveau, et quelquefois

quement de chaque côté, derrière les pubis, direction qu'affecte l'orifice interne par rapport au bassin ; et ce tiraillement douloureux va se terminer, mais plus vivement encore, à l'orifice externe, profondément dans le vagin.

Deuxième temps du travail.

Pendant la contraction, l'utérus se resserre, diminue de capacité, les membranes s'allongent ; les contractions successives et répétées font refluer l'eau de l'amnios vers le col, déjà distendu par la tête, partie qui se présente le plus communément ; le col augmente de volume en proportion de la quantité de fluide qui lui arrive à chaque contraction ; ses parois, plus distendues, s'amincissent encore ; l'orifice utéro-vaginal, déjà entr'ouvert, s'agrandit ; *la douleur est plus vive.* Si pendant l'action de l'utérus on introduit un doigt dans son orifice, il se trouve pressé, non par la contraction du cercle utérin, comme on le répète encore aujourd'hui, mais par la distension qu'éprouve ce cercle de la part de la poche de l'eau, ou de la partie qui se présente lorsqu'elle est poussée avec toute l'énergie de la contraction sur la paroi inférieure du col.

Dire que l'orifice externe se contracte en même temps que le corps de l'utérus, est une erreur qu'il est très-facile de détruire, si l'on examine bien ce qui se passe à l'orifice externe du vagin lorsque c'est la tête qui vient se présenter à cette ouverture, et que le corps de l'utérus l'y pousse avec une violente contraction. Lorsque l'occiput commence à s'y engager, surtout chez une primipare, serait-il possible d'introduire un doigt, même un corps beaucoup plus petit, plus mince, entre la tête du fœtus et le bord de l'orifice externe du vagin ? Pourrait-on dire encore, en

au-dessus du détroit abdominal, comme nous l'avons remarqué sur plusieurs femmes mortes enceintes et à terme.

voyant ce qui se passe, là, sous les yeux, que c'est l'orifice du vagin qui se contracte, parce qu'il est plus tendu sur les tégumens du crâne du fœtus? On voit bien évidemment que c'est l'effet de l'action expultrice sur le corps de l'enfant. On peut dire avec vérité que l'orifice de l'utérus, celui du vagin, ne se contractent pas plus pendant la contraction du corps de ce premier viscère, que l'anus ne se contracte pendant la contraction du rectum et celle des muscles abdominaux. (1).

Les contractions, en passant de tous les points de la région supérieure de l'utérus vers son orifice, font écarter les bords de cette ouverture; les membranes s'allongent de plus en plus, s'y engagent sous forme de poche, ou de tumeur conoïde, qui en facilite la dilatation. Les adhérences des membranes se détruisent peu à peu; quelques-uns des petits sinus vasculaires de la face interne de l'utérus se trouvent libres, il s'écoule par le vagin des mucosités sanguinolentes qui paraissent pour la première fois, ou qui deviennent plus abondantes.

---

(1) Qu'arrive-t-il pendant la contraction, lorsque le placenta est greffé sur l'orifice de l'utérus? Le sang coule au-dehors avec plus d'abondance qu'auparavant, parce que les adhérences du placenta se détruisent par l'effet de la *distension*, *de la dilatation de l'orifice.*

Dans le cas d'hémorrhagie utérine, lorsque le placenta n'est pas sur l'orifice, qu'arrive-t-il pendant la contraction? Le sang ne coule pas, ou coule moins que pendant les intervalles d'une douleur à l'autre, non à cause du resserrement de l'orifice, mais parce que la partie qui est poussée sur cet orifice vient y former une espèce de *tampon intérieur* qui empêche le sang de s'écouler au-dehors. La contraction a-t-elle cessé? l'orifice, plus libre, laisse échapper le sang qui était retenu au-dessus de la partie qui emplissait le col.

Troisième temps.

L'utérus est diminué de volume en proportion de la quantité d'eau contenue dans la poche qui fait saillie à son orifice externe ; les parois de l'organe ont acquis plus d'épaisseur; les contractions deviennent plus fortes, plus soutenues, plus rapprochées ; l'orifice s'agrandit ; la tumeur membraneuse augmente de volume, son tissu s'amincit ; elle se crève sous l'effort de la contraction ; la tête, auparavant soulevée par l'eau de l'amnios, s'abaisse et se présente à l'orifice ; l'utérus diminue encore de capacité, tombe dans une espèce de stupeur momentanée qui procure à la femme un instant de repos.

Quatrième temps.

Cette période du travail est d'autant plus rapide que les premières ont été plus lentes. Les parois de l'utérus, plus rapprochées, embrassent immédiatement les surfaces de l'enfant; c'est sur lui qu'agissent maintenant les contractions. La partie que l'enfant présente, la tête, s'engage dans l'orifice; les contractions de l'utérus redoublent ; *la douleur est plus aiguë ;* la tête s'avance de plus en plus ; elle exécute un mouvement de semi-quart de rotation ; elle se trouve située dans le détroit périnéal ; les contractions successives la font marcher vers l'orifice externe du vagin: ce canal s'accourcit, s'élargit pendant la progression de la tête.

La femme nerveuse et celle qui est fortement constituée, ont quelquefois des vomissemens, des frissons accompagnés de tremblement; bientôt la tête franchit entièrement l'orifice de l'utérus ; les contractions se succèdent encore avec plus de rapidité ; les épaules du fœtus viennent prendre la place qu'occupait la tête. Ainsi le col de l'utérus, le vagin, le périnée, la vulve, vont éprouver à la fois ce tirail-

lement douloureux, cette distension dilaniatrice qui n'existait auparavant que dans le col; le rectum, la vessie, les vaisseaux sanguins, les nerfs, et toutes les parties contenues dans le bassin, sont comprimés par la tête du fœtus. Le rectum étant stimulé par la compression que la tête du fœtus exerce sur ce canal, les contractions deviennent encore plus énergiques: c'est alors qu'elles sont fortifiées par celles du diaphragme et des muscles abdominaux, comme dans l'acte de la défécation dont le besoin se fait sentir d'une manière irrésistible; le périnée se distend; l'anus se dilate; l'orifice du vagin s'agrandit; les lèvres de la vulve s'écartent; les caroncules et les nymphes s'effacent; la femme exprime le besoin qu'elle éprouve d'abréger la durée de cet état d'angoisses par les efforts qu'elle fait à chaque contraction. La tête s'avance dans la vulve; les os du crâne du fœtus se croisent; le cuir chevelu se fronce, se plisse pendant la douleur. Lorsqu'elle a cessé, la tête rentre dans le vagin; elle se montre de nouveau; elle se cache et reparaît alternativement pendant plus ou moins longtemps, selon que le détroit périnéal et la vulve opposent plus ou moins de résistance à sa sortie. Enfin, la femme redouble ses efforts, qui se terminent par un long gémissement sourd, et plus souvent par un cri aigu qui se prolonge pendant tout le temps que la tête franchit la vulve, et que les épaules passent du col de l'utérus dans le vagin. C'est dans cet appareil de souffrances et d'angoisses que l'enfant s'échappe du flanc douloureux qui la porté: il respire, il crie, et déjà tous les maux de la mère sont oubliés.

Dernier temps du travail de l'enfantement.

N'ayant plus de fonctions à remplir pour le fœtus, le cordon, le placenta, les membranes deviennent des corps étrangers dont l'utérus tend à se débarrasser promptement: il continue de se contracter; le placenta se fronce,

se plisse, se détache des parois de l'utérus, qui, par sa contraction, le pousse d'abord dans le col, puis dans le vagin, et enfin hors de la vulve, ainsi que les membranes qui sortent les dernières.

Changement qui s'opère dans l'état du fœtus pendant le Travail de l'Accouchement.

Nous avons fait remarquer que l'utérus se rapetisse à mesure qu'il se vide par son orifice, d'abord de la poche membraneuse, de l'eau de l'amnios, de la tête, du corps du fœtus, puis de ses annexes.

Les parois de l'organe gagnent en épaisseur ce qu'elles perdent en étendue.

Les fibres de l'utérus, plus contractées, resserrent le diamètre des vaisseaux; ceux-ci diminuent et de calibre et de longueur; les sinus versent moins de sang dans les mailles de la membrane spongieuse ou dans les cellules du placenta; cette masse perd de ses adhérences en proportion de la réduction de l'organe auquel il est attaché; il arrive moins de sang au placenta, il en passe moins au fœtus par la veine ombilicale.

Après la rupture des membranes, les contractions agissent directement sur le fœtus; le placenta, le cordon ombilical, se trouvent comprimés; la veine ombilicale, la veine-cave inférieure, l'oreillette droite du cœur du fœtus, s'engorgent; le sang, poussé à travers le trou de Botal, dans l'oreillette, dans le ventricule gauche, puis dans l'aorte, reflue vers les parties supérieures du fœtus; l'oreillette droite, trop pleine de sang, ne peut plus recevoir celui qui lui arrive par la veine-cave supérieure. Les vaisseaux du cerveau s'engorgent à leur tour; et si cet état de compression dure long-temps, l'enfant meurt d'apoplexie avant que de naître.

Changement qui s'opère dans la Circulation du fœtus après sa naissance.

Quelle que soit la cause qui détermine la respiration, aussitôt que cette fonction est établie, même dès la première inspiration du fœtus, les poumons s'emplissent d'air, se gonflent; leurs vaisseaux, affaissés auparavant, se développent, se redressent; ils reçoivent une plus grande quantité de sang; la poitrine se dilate; le diaphragme s'élève; les muscles de l'abdomen se contractent; l'anneau ombilical se rétracte de dehors en dedans et de bas en haut. Les canaux sanguins propres au fœtus, le canal veineux, le trou de Botal et le canal artériel s'oblitèrent; la veine et les deux artères du cordon se trouvent oblitérées plutôt qu'étranglées par la rétraction de l'anneau ombilical: la veine du cordon n'apporte plus de sang au fœtus, les artères ombilicales cessent d'en fournir; un nouveau système de circulation vient de s'établir, dont la durée ne cessera qu'avec la vie.

CHAPITRE II.

Mécanisme de l'Accouchement naturel, l'enfant présentant le sommet.

Considérations générales sur la Présentation du sommet.

En parlant de l'attitude du fœtus dans le sein de sa mère, nous avons dit que la tête du fœtus est la partie qui se présente le plus souvent (19,810 fois sur 20,517 naissances); mais toutes les régions de la tête n'offrent pas le même avantage pour l'accouchement; le sommet est la région qui s'adapte le mieux à la forme du détroit abdominal; encore faut-il qu'il s'y présente obliquement. Sur 19,727 présentations du sommet, il ne s'est rencontré que 10

exemples de positions directes, c'est-à-dire l'occiput situé derrière les pubis ou au-devant de la saillie du sacrum, sur le côté, droit ou gauche, de la cavité du bassin.

Cette marche presque constamment régulière de la nature pourrait étonner, si l'on ne savait que la forme, la direction déclive du détroit abdominal, la situation, la direction et le mode d'action des muscles psoas pendant la station et la progression de la femme, doivent déterminer cette situation diagonale de la tête du fœtus; l'obliquité antéro-latérale de l'utérus, occasionée en arrière par la convexité de la colonne lombaire, favorisée en devant par la grande échancrure sus-pubienne et par l'un des ligamens ronds, contribue aussi à imprimer à la tête cette situation oblique, la plus favorable par rapport à la forme de l'ouverture supérieure du bassin.

Mais ce n'était point encore assez que la tête fût située obliquement au détroit abdominal : la nature a voulu que l'occiput fût placé derrière l'une ou l'autre paroi antéro-latérale du bassin. L'observation prouve que, sur 19,717 présentations du sommet, il y en a eu 19,379 dont l'occiput était placé derrière l'une ou l'autre cavité cotyloïde. Dans cette situation du sommet, l'occiput se trouve près de l'arcade des pubis qu'il doit franchir; il lui faut peu de temps pour parcourir un trajet de deux pouces sur les plans inclinés, lisses, que lui présentent les parois iskiatiques et sous-pubiennes; il n'en est pas de même lorsque l'occiput est situé obliquement en arrière, puisqu'il a plus de six pouces d'étendue à parcourir, la longueur du coccix, du périnée, et qu'il trouve encore des obstacles à vaincre pour s'engager dans l'ouverture inférieure ou périnéale.

Les positions occipito-cotyloïdiennes sont donc, et devaient être nécessairement les plus fréquentes, puisque toutes les parties de la femme favorisent cette situation, la plus avantageuse pour elle et pour l'être qu'elle porte dans

son sein. En effet, que se passe-t-il dans ces situations de l'enfant? Replié sur lui-même, les fesses en haut, la tête en bas, l'occiput en devant et sur les côtés internes du bassin, sa surface dorsale, convexe, arrondie, est appuyée sur le ventre de la mère. Le dos du fœtus et la paroi antérieure de l'utérus ne s'accommodent-ils pas mieux des parois molles, souples, élastiques, de l'abdomen, que s'ils avaient eu pour point d'appui la colonne lombaire de la femme, sur laquelle d'ailleurs l'utérus ne saurait se fixer un instant à cause de sa convexité? Non-seulement par cette situation du fœtus l'axe de son corps coïncide avec l'axe de l'utérus et celui du détroit abdominal, coïncidence indispensable pour l'éduction facile et prompte du fœtus à travers la filière du bassin; mais, en présentant le dos à l'action des muscles abdominaux, le fœtus leur offre une large surface sur laquelle ils pourront agir avec plus d'énergie et d'efficacité, lorsqu'ils seront appelés à seconder l'action de l'utérus par leur contraction.

Cette situation du fœtus qui met sa face dorsale en rapport avec l'abdomen de la mère, n'était pas moins importante pour le garantir, ainsi que l'organe qui le renferme, des accidens auxquels l'un et l'autre auraient été exposés par l'effet d'un coup, d'une chute, d'une percussion violente, surtout vers les derniers temps de la grossesse, que l'eau de l'amnios se trouve réduite ordinairement à une très-petite quantité; car si le fœtus offrait toujours sa face sternale à la paroi antérieure de l'utérus et de l'abdomen de la femme, lorsqu'il n'est plus ou presque plus protégé par l'eau de l'amnios, le cordon ombilical qui, le plus souvent, est mollement contourné sur lui-même, et surtout les membres de l'enfant, soumis à l'influence plus immédiate des agens extérieurs, seraient fréquemment exposés à des compressions, à des lésions plus ou moins fâcheuses, et l'utérus à des contusions, et même à la rupture de ses pa-

rois : ce que l'on a vu le 3 juillet 1821, chez une femme du faubourg Saint-Martin. Il paraîtrait que la rupture était l'effet d'une ulcération survenue à la suite d'une chute que fit sur le côté droit du ventre cette femme enceinte de son troisième enfant. On en fit l'extraction par les pieds : il présentait la tête qui était restée au-dessus du détroit abdominal. Cet enfant était putréfié. On pouvait passer la main tout entière dans la crevasse utérine. Cette femme est sortie miraculeusement de cet état désespéré : elle n'a eu aucun accident, pas même de fièvre. La rupture de la matrice n'a quelquefois eu pour cause que les seuls efforts de la contraction de l'organe sur un des points anguleux de la surface de l'enfant, dans une mauvaise position.

Si les deux situations antéro-latérales de la face dorsale du fœtus sont les plus fréquentes, l'une des deux se rencontre encore plus souvent que l'autre.

L'arc du colon, la tuméfaction du rectum, selon la plupart des auteurs, sont les causes principales qui déterminent le fond de l'utérus à s'incliner à droite. Nous pensons, comme nous l'avons déjà exprimé, que le cordon sus-pubien droit, plus gros, plus court, plus fort que l'autre, imprime au fond de l'utérus cette inclinaison à droite, peut-être afin que le contour du colon et le rectum, qui sont à gauche, soient moins comprimés, moins gênés dans leurs fonctions pendant la grossesse et pendant la durée du travail de l'enfantement.

Lorsque le dos de l'enfant est à gauche, et en devant de l'abdomen de la mère, l'occiput est du même côté dans le bassin, derrière la cavité cotyloïde ; le front est au-devant de la symphyse sacro-iliaque du côté opposé ; la portion postérieure et latérale gauche de la cavité du bassin est presque libre ; le rectum n'est que peu ou point comprimé ; l'occiput, pendant le travail de l'accouchement, s'en éloigne de plus en plus ; le rectum n'éprouve de la compres-

sion que dans le dernier temps du travail, lorsque le front est venu se placer dans la courbure du sacrum; mais cette compression est ordinairement de peu de durée, puisqu'à cette époque du travail la tête est près de franchir le détroit périnéal. Aussi cette situation de l'enfant, à l'égard de l'utérus et du bassin, est celle qui se présente le plus communément.

Caractères du Sommet.

On reconnaît cette région de la tête: 1° à une tumeur large, lisse, arrondie et solide au toucher; 2° aux traces des légers sillons formés par les commissures ou sutures du crâne; 3° aux espaces membraneux que l'on appelle *fontanelles*, et auxquels viennent aboutir les commissures principales; 4° aux rides formées par les tégumens du crâne dans la direction des commissures; 5° enfin, lorsque les tégumens du crâne sont trop tuméfiés, une des oreilles, d'après sa situation à l'égard du bassin, peut servir à indiquer la présence et la position du sommet; mais c'est particulièrement la direction des commissures, la situation des fontanelles qui caractérisent les différentes positions de cette région de la tête.

Quoique les positions obliques du sommet soient, pour ainsi dire, les seules qui se rencontrent dans la pratique, cependant, comme on a vu quelques cas de situation directe de cette région de la tête, nous comprendrons toutes celles qui lui ont été assignées; elles sont au nombre de six, et, d'après leur nombre, on les distingue par 1re, 2e, 3e, 4e, 5e et 6e position du sommet; à celles-ci on en ajoute encore deux autres qu'on appelle *positions intermédiaires*.

Gardien a distingué ces mêmes positions par une désignation qui rappelle à l'esprit la situation de l'occiput ou du front, et le point du bassin auquel l'une ou l'autre

de ces parties de la tête correspond dans chacune des six présentations du sommet. Ainsi, est-ce l'*occiput* qui est derrière la cavité *cotyloïde gauche,* la position prend la dénomination d'*occipito-cotyloïdienne gauche*; l'occiput est-il derrière la cavité cotyloïde droite, la position prend le nom d'*occipito-cotyloïdienne droite;* est-ce derrière les pubis qu'est situé l'occiput, on l'appelle *occipito-pubienne.*

Dans les trois autres positions du sommet, c'est le front qui est placé derrière un de ces trois points du bassin; de là les noms de *fronto-cotyloïdiennes* droite ou gauche, ou de *fronto-pubienne*, selon l'un de ces points du bassin où se trouve situé le front.

On distinguera les positions intermédiaires du sommet, par la dénomination d'*occipito-iliaque gauche, occipito-iliaque droite.*

ARTICLE PREMIER.

PRÉSENTATION DU SOMMET.

Position occipito-cotyloïdienne gauche, (1re de Baudelocque).

(Sur 20,517 naissances, 15,182 présentations de cette espèce.)

Dans cette position de la tête, le sommet se présente dans un sens triplement oblique au détroit abdominal : 1° l'occiput est situé derrière la cavité cotyloïde gauche, le front au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; 2° l'occiput est plus bas que le front; 3° la bosse pariétale gauche plus inclinée en bas, au-devant de la grande échancrure sacro-iliaque gauche, que la bosse pariétale droite qui est derrière le trou sous-pubien droit. Ainsi la tête se présente en offrant ses plus petits diamètres aux plus grands du bassin.

La commissure médiane ou suture sagittale se dirige

de bas en haut, et de devant en arrière, et de gauche à droite. La fontanelle occipitale est à gauche et en devant; la fontanelle frontale à droite et en arrière; la surface dorsale du fœtus, qui se trouve en rapport avec la situation de l'occiput, est à gauche et en devant de l'utérus et du bassin; la face sternale, les jambes et les pieds sont en arrière et à droite; le fond de l'utérus est incliné de ce côté.

Premier temps.

La tête est située ainsi à l'égard du bassin, l'utérus embrassant toutes les surfaces du fœtus, agit pendant sa contraction sur un plus grand nombre de points de sa surface dorsale. (*Voyez* pl. 22.)

Les contractions dirigées obliquement du fond de l'utérus vers son orifice, traversant l'axe du fœtus de droite à gauche (de A vers B), puis passant obliquement par l'axe vertical de la tête, pour déterminer le pariétal gauche à s'engager le premier; il descend au-devant de la grande échancrure iskiatique gauche, tandis que l'occiput s'approche en descendant aussi vers le trou sous-pubien du même côté (de C vers D). Dans la situation actuelle de la tête, lorsqu'on porte le doigt dans l'orifice de l'utérus, on ne peut encore découvrir que la commissure médiane du crâne; mais à mesure que l'occiput s'abaisse et s'approche de la branche iskio-sous-pubienne gauche, la fontanelle occipitale que l'on reconnaît à ses trois angles, se trouve à la portée du doigt derrière le pubis gauche; ce n'est qu'alors seulement que l'on a la certitude que c'est l'occiput qui s'avance derrière la paroi antérieure gauche du bassin. Le front remonte vers le haut de la symphyse sacro-iliaque droite (de E vers F), et la fontanelle frontale se dérobe de plus en plus au toucher, le menton se relève vers la poitrine de l'enfant, et s'en rapproche dans la même

proportion que l'occiput s'abaisse en devant du bassin.

Si la cavité pelvienne offrait les mêmes dimensions dans toute son étendue, la tête se trouverait plongée au fond du bassin dans la position où elle s'est présentée à son entrée; mais diminuant d'un côté à l'autre, et de haut en bas, cette cavité ayant moins d'étendue dans son diamètre oblique inférieure, la tête est forcée de céder à l'action de l'utérus, à la résistance que lui offrent les plans inclinés du bassin, et de faire une espèce de bascule pour parvenir au détroit périnéal.

Ainsi les contractions successives de l'utérus, en même temps qu'elles opèrent la dilatation de l'orifice, abaissent graduellement l'occiput, qui se glisse sur la face interne et inférieure du trou sous-pubien gauche, jusque sur le bord interne de la branche sous-pubienne du même côté (*voy.* pl. 23).

A l'époque actuelle du travail, tous les efforts de la contraction utérine en passant sur tous les points de la surface du fœtus (1. 1. 1.), vont se terminer directement sur l'occiput, qui est situé derrière le trou ovalaire gauche. La lenteur que met quelquefois la tête du fœtus à franchir les détroits du bassin dépend beaucoup plus souvent de la disposition des parties molles que de celle des parties osseuses. Chez une femme maigre dont le bassin est ample, si l'utérus jouit d'une certaine énergie et le col d'une certaine souplesse, l'accouchement sera prompt.

Deuxième temps.

La tête est dans la plus grande flexion antérieure; elle ne peut plus avancer dans la situation où elle se trouve. Les parois du col de l'utérus, celles du vagin, se trouvent distendues, tiraillées dans un sens contraire à leur direction naturelle; après que la contraction a cessé, la cloison musculo-membraneuse du trou ovalaire réagit sur l'occi-

put, de concert avec la paroi latérale droite postérieure du col et du vagin; cette réaction combinée et simultanée tend à ramener l'occiput dans l'axe du vagin, qui est le même que celui du détroit périnéal. Lorsque la bosse occipitale est parvenue sur le bord interne de la branche sous-pubienne, qui forme une espèce de crête saillante, arrondie, l'occiput, sous l'effort d'une contraction, glisse rapidement sur la face interne de cette branche, en suivant la direction de sa forme évasée de dedans en dehors; l'occiput se trouve alors sous l'arcade des pubis (*voy.* pl. 24).

Lorsque la tête a exécuté ce mouvement de semi-quart *de rotation*, ses rapports sont changés avec ceux du bassin; le front est passé dans la courbure du sacrum; le menton s'est éloigné de la poitrine; mais le tronc de l'enfant a conservé ses premiers rapports à l'égard du bassin et de l'utérus.

Troisième temps.

Dans la situation actuelle de la tête du fœtus, la ligne médiane du sommet se trouve parallèle à la ligne médiane du sacrum, du coccix et du périnée : la commissure occipitale coïncide avec les branches sous-pubiennes du bassin; l'axe fronto-occipital de la tête est dans la direction de l'axe du vagin et du détroit périnéal; et l'axe transversal ou bi-pariétal de la tête se trouve en rapport avec le diamètre is-kiatique. La fontanelle occipitale se rencontre derrière le bord antérieur du périnée; et la fontanelle frontale, au-devant du coccix.

L'axe de l'utérus n'a point changé à l'égard de l'axe du détroit abdominal; mais il n'a plus la même direction à l'égard de la tête du fœtus. Avant le mouvement de rotation de la tête, l'axe de l'utérus se rendait de son fond sur la pointe occipitale; maintenant l'extrémité inférieure de

l'axe utérin tombe sur la mâchoire inférieure du fœtus (*voy.* pl. 25).

Les plans inclinés du sacrum, du coccix et du périnée vont déterminer la face, pressée par les efforts de la contraction, à glisser sur cette ligne courbe et à se porter en avant ; le menton va s'éloigner progressivement de la poitrine de l'enfant, et l'occiput s'avancer en remontant dans l'espace vide que lui présentent l'arcade des pubis et la vulve.

Le tronc de l'enfant, comme nous l'avons fait remarquer, conserve sa position diagonale à l'ouverture supérieure du bassin : c'est la situation la plus favorable pour permettre aux épaules de s'engager dans ce détroit. L'épaule droite répond à la cavité cotyloïde droite ; l'épaule gauche à la symphyse sacro-iliaque gauche ; c'est-à-dire qu'elles se présentent dans une direction oblique opposée à celle dans laquelle s'est présentée la tête.

Lorsque la face a parcouru toute l'étendue du sacrum ; que le menton, fort éloigné de la poitrine de l'enfant, se trouve appuyé sur le coccix ; toute la face, les deux tiers antérieurs du sommet, occupent le périnée. L'axe de l'utérus, en traversant le corps de l'enfant, passe sur le front, qui, pendant la contraction, développe, distend, amincit le périnée, au point de former quelquefois une tumeur si considérable, que l'on dirait que la paroi périnéale va se rompre pour livrer passage à la tête (*voy.* les pl. 25 et 26).

Lorsque la contraction a cessé, les muscles du périnée, violemment distendus auparavant, réagissent sur la tête pour la faire rentrer dans le petit bassin ; le relâchement instantané de l'utérus, plus encore celui des muscles de l'abdomen, l'élévation du diaphragme dans l'intermittence des contractions, permettent au fond de l'utérus de remonter à un certain degré. En remontant ainsi, l'organe entraîne la tête et la fait rentrer, jusqu'à ce qu'enfin les bosses

pariétales, qui ont résisté jusqu'alors aux efforts de la contraction, aient franchi l'ouverture inférieure du bassin.

Plus la progression de la tête est lente, mieux aussi se fait la dilatation des parties molles externes.

Pendant le dernier temps de la sortie de la tête, la nuque reste appuyée sur le bord inférieur de la symphyse des pubis ; la commissure médiane du crâne continue de s'avancer de derrière en devant, et de bas en haut.

Quatrième temps.

Supposons un certain nombre de cercles qui tous partent de la nuque, qui en est le centre, pour remonter derrière les oreilles et se diriger sur toute l'étendue des deux tiers postérieurs du sommet : eh bien, lorsque l'occiput paraîtra à la vulve, on verra se présenter successivement tous les cercles, depuis le tubercule occipital, le plus petit, jusqu'au plus grand, qui, de la nuque, passe, en remontant sur les bosses pariétales, jusque sur la fontanelle antérieure. Lorsque la tête aura franchi ce dernier cercle supposé, le front et la face se dégageront promptement, parce que les diamètres que la tête doit offrir par la suite sont d'une dimension moindre que ceux qui ont déjà franchi l'arcade pubienne.

On doit donc, lorsque les bosses pariétales sont près de l'arcade des pubis, apporter la plus grande attention au périnée, dont la rupture peut être la suite de la négligence de la personne chargée de veiller à l'accouchement.

Afin de prévenir cet accident, on embrasse avec le pouce et l'extrémité des autres doigts de la même main, toute l'étendue du périnée comprise entre les deux iskium ; on presse la tumeur formée par le périnée entre les doigts et le pouce, de manière à le faire froncer dans le sens même du diamètre iskiatique (*voy.* pl. 26).

Lorsque le diamètre cervico-bregmatique a franchi la

vulve, les bosses frontales, les yeux, le nez, la bouche et le menton ne tardent pas à paraître.

La tête devenue libre, reprend, par un mouvement de quart de rotation, ses rapports avec le haut du tronc qui est encore dans le bassin ; ainsi la face de l'enfant regarde la face interne et postérieure de la cuisse droite de la mère, parce que le devant de la poitrine du fœtus est en arrière et à droite du bassin de l'utérus ; l'occiput regarde l'aine gauche de la mère, parce que le dos répond, du même côté, dans le bassin et dans l'utérus (*voy.* pl. 27).

Cinquième temps.

La tête ayant franchi la vulve, les épaules, déjà engagées dans le détroit abdominal, s'avancent dans l'excavation du bassin. L'épaule gauche, se trouvant soumise à l'action directe de l'utérus, s'engage la première en se glissant au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche où elle est située, et vient, en décrivant un demi-quart de mouvement de rotation, se placer dans la courbure du sacrum. L'épaule droite, qui était restée au-dessus de la cavité cotyloïde droite, se rapproche en devant, et remonte obliquement vers la symphyse des pubis ; l'épaule gauche, sur laquelle continuent d'agir les contractions, parcourt toute la ligne courbe du sacrum et du périnée, et sort la première ; tandis que l'épaule droite reste un instant appuyée derrière les pubis ; celle-ci descend et se dégage à son tour, et, par l'effet de la même contraction, le reste du tronc traverse la filière du bassin en décrivant une ligne courbe dans le sens des deux axes de cette cavité.

PRÉSENTATION DU SOMMET.

Position occipito-cotyloïdienne droite. (2e de Baudelocque.)

(Sur 20,517 naissances, 3,682 présentations de cette espèce.)

Si l'on examine avec attention cette position, représentée sur la planche 28, et qu'on la compare avec celle de la planche 22 et les suivantes, qui représentent le mécanisme de l'accouchement dans le cas de présentation occipito-cotyloïdienne gauche, il ne sera pas difficile de concevoir la marche de la tête dans la position actuelle.

Le sommet est également situé dans un triple sens d'obliquité à l'égard du détroit abdominal; l'occiput (C) se trouve derrière la cavité cotyloïde droite (A); le front au-devant de la symphyse sacro-iliaque ganche; 2° l'occiput est plus bas que le front; 3° la bosse pariétale gauche est derrière le trou sous-pubien gauche, et la bosse pariétale droite au-devant de la grande échancrure iskiatique droite. La tête présente encore tous ses plus petits diamètres aux plus grands du détroit abdominal.

L'axe vertical de la tête se trouve au centre de l'excavation; l'axe fronto-occipital, ainsi que la commissure médiane, sont en rapport avec le diamètre oblique, mais de manière que la fontanelle occipitale est à droite et en devant du bassin, et la fontanelle frontale en arrière et à gauche de cette cavité.

Correspondant à la situation de l'occiput, le dos de l'enfant est appuyé sur la paroi latérale droite antérieure de l'utérus et de l'abdomen. La face sternale se trouve en arrière et à gauche, ainsi que les pieds, qui occupent le fond de l'utérus incliné de ce côté.

L'axe de l'utérus, en traversant celui du corps de l'enfant, passe du fond de cet organe à son orifice, où se trouve

l'occiput (B). Lorque les contractions seront bien établies, l'occiput descendra, en s'avançant vers le trou sous-pubien du même côté, jusqu'à ce qu'il soit arrêté par les plans inclinés du bassin. La marche de la tête pourra être retardée par la présence du rectum, qui se trouve situé au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, surtout si cet intestin se trouve rempli de matières solides qui, par leur volume et leur résistance, diminuent l'étendue du diamètre oblique. Mais lorsque la tête ne rencontre point cet obstacle dans sa marche, l'occiput, appuyé pendant quelque temps sur la paroi musculaire du trou sous-pubien, se trouve amené, par la réaction de cette cloison, ainsi que par celle des parois du col et du vagin, sur la branche droite de l'arcade pubienne; il glisse bientôt sur la face interne évasée de cet os, pour se loger sous l'arcade des pubis. La tête, ayant exécuté son mouvement de semi-quart de rotation, se trouve située comme il est indiqué planche 24; la face est logée dans la courbure du sacrum; la tête va suivre la même marche que dans la position précédente, pour franchir le détroit périnéal et la vulve (*voy.* les planches 24, 25 et 26).

Les épaules se présentent obliquement au détroit supérieur; l'épaule droite se trouve au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, et descend la première en se contournant pour arriver dans la courbure du sacrum. L'épaule gauche, qui était derrière la cavité cotyloïde gauche, remonte en s'avançant derrière la symphyse des pubis : elle y reste un instant stationnaire, tandis que la droite s'avance jusqu'à la vulve, et s'y engage la première. L'autre épaule descend à son tour sous l'arcade des pubis, et l'accouchement se termine comme dans la position précédente, excepté que, dans celle-ci, après la sortie de la tête, la face de l'enfant regarde la face interne et postérieure de la cuisse gauche de la mère; l'occiput, en dessus, est

incliné à droite : situation naturelle de la tête à l'égard du tronc.

PRESENTATION DU SOMMET.

Position occipito-pubienne, (3e de Baudelocque).

(Sur 20,517 naissances, 6 exemples de cette position.)

Cette position de la tête que l'on rencontre rarement au détroit supérieur, si jamais on l'y a rencontrée, se fait remarquer quelquefois dans l'excavation du bassin, chez les femmes d'une haute taille, dont la cavité pelvienne est d'une dimension trop grande pour le volume de la tête du fœtus, qui de bonne heure s'y trouve plongée. On l'y reconnaît dès le début du travail : l'occiput est situé derrière la symphyse des pubis, et le front au-dessous de la saillie du sacrum ; la commissure médiane du crâne est parallèle au diamètre sacro-pubien ; la fontanelle frontale se trouve en arrière, et la fontanelle occipitale en devant : le plus grand diamètre de la tête se présente au plus petit du détroit abdominal ; mais, dans un grand bassin, le petit diamètre peut être égal au plus grand diamètre de la tête du fœtus d'un volume ordinaire ; la face dorsale de l'enfant répond à l'abdomen de la mère, et la face sternale se trouve au-devant de la paroi postérieure de l'utérus ; au fond, du même côté, sont situés les pieds et les fesses (*voy.*, pour la position, la planche 70).

L'occiput descend le premier, en se glissant derrière la symphyse des pubis, et le menton se rapproche plus fortement de la poitrine ; la tête continue de s'avancer ainsi, en présentant obliquement de devant en arrière, et de bas en haut, son diamètre vertical ; de sorte que, parvenu au sommet de l'arcade, l'occiput s'y engage, et le front et la face vont se loger dans la courbure du sacrum. La tête continue de s'avancer comme dans la première et la seconde

espèces de présentation du sommet (*voy.* les planches 24, 25 et 26).

La tête, après avoir franchi la vulve, se mettra en rapport avec la situation actuelle du tronc. Si les épaules se présentent transversalement au détroit abdominal, l'occiput restera en dessus et la face en dessous; mais, si les épaules s'engagent, ou se sont engagées, dans une direction oblique, l'occiput sera incliné du côté où se trouve actuellement le dos du fœtus.

Mais comme le diamètre des épaules est plus étendu que celui du bassin, elles sont forcées, par les contractions de l'utérus, de s'engager obliquement dans cette cavité. L'épaule sur laquelle agissent plus directement les efforts utérins, est poussée en arrière jusque dans la courbure du sacrum; par la même impulsion, l'autre épaule se trouve rapprochée des pubis; elles parcourent la filière du bassin, et sortent de la vulve comme dans les positions précédentes.

PRESENTATION DU SOMMET.

Position fronto-cotyloïdienne gauche, (4e de Baudelocque).

(Sur 20,517 enfans, 109 se sont présentés dans cette position.)

Le sommet de la tête se présente encore ici dans un triple sens d'obliquité : 1° le front est derrière la cavité cotyloïde gauche; 2° il est ordinairement plus élevé que l'occiput, qui est au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; 3° la bosse pariétale droite est au-devant de l'échancrure sacro-iliaque gauche, et la bosse pariétale gauche, plus élevée, est derrière le trou sous-pubien droit.

La commissure médiane est parallèle au diamètre oblique du détroit abdominal, comme dans la position occipito-cotyloïdienne gauche, avec laquelle celle-ci peut être

confondue; cette commissure médiane du crâne coupe obliquement la cavité du bassin, en passant de gauche en devant pour se rendre à droite et en arrière; mais ici la fontanelle frontale est à gauche et en devant, et la fontanelle occipitale à droite et en arrière. La face dorsale de l'enfant correspond dans l'utérus à la situation de l'occiput; sa face sternale, les jambes et les pieds sont à gauche et en avant; le fond de l'utérus est incliné de ce côté (*voyez*, pour la position, la planche 71).

L'axe de l'utérus passe donc d'avant en arrière, et de gauche à droite; les contractions agissent sur l'occiput. C'est ordinairement lui qui descend le premier, en se glissant au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite et des ligamens sacro-iskiatiques du même côté; le front remonte d'autant vers la cloison musculaire du trou sous-pubien; le menton se rapproche de la poitrine; la tête arrêtée en arrière par le bord latéral droit du sacrum; en devant par la branche sous-pubienne gauche, reste dans cette situation, plus ou moins long-temps stationnaire. Enfin, les contractions continuant d'agir sur l'occiput, qui est appuyé sur les ligamens sacro-iskiatiques; ces ligamens, pressés, refoulés pendant la contraction, lorsqu'elle a cessé, réagissent simultanément avec le col de l'utérus et le vagin, et font avancer l'occiput dans la courbure du sacrum; tandis que le front, qui s'est avancé vers le haut de la branche sous-pubienne gauche, se trouve situé derrière la symphyse des pubis.

Ainsi, le plus ordinairement, l'occiput glisse dans la courbure du sacrum; d'autres fois, mais très-rarement, l'occiput, au lieu de se porter en arrière, remonte en avant pour venir se loger sous l'arcade des pubis; mais ce changement de la tête n'a lieu qu'autant que le tronc change en même temps de direction, que le dos

de l'enfant est ramené plus en avant de l'abdomen de la mère.

La tête ayant exécuté son mouvement de rotation, le menton se trouve encore plus fortement appliqué sur la poitrine qn'auparavant; l'axe vertical de la tête répond au centre du bassin; la ligne médiane du crâne est alors en rapport avec celle du sacrum et du périnée; la fontanelle antérieure est derrière la symphyse des pubis, et la fontanelle occipitale vers la pointe du sacrum. (*Voyez* la planche 29.)

Les contractions successives forcent l'occiput à suivre le plan incliné du sacrum, du coccyx et du périnée; le front remonte derrière la symphyse des pubis, à mesure que l'occiput s'approche du bord inférieur de la vulve pour sortir le premier; le menton presse plus fortement encore la poitrine de l'enfant; le diamètre fronto-occipital tend à se présenter de front au détroit inférieur; le périnée, plus fortement distendu que dans les cas précédens, exige la plus grande attention pour prévenir sa rupture. Lorsque l'occiput est parvenu sur le bord antérieur de la vulve, le périnée glisse rapidement derrière la nuque, parce que la tête, dans une flexion trop forcée, tend à reprendre sa situation naturelle. L'occiput se contourne sur le bord antérieur du périnée, de la même manière que lorsqu'il se dégage de derrière les pubis.

Quelquefois aussi, après le mouvement de rotation de la tête, lorsque la courbure du sacrum est profonde, les contractions de l'utérus, en traversant l'axe du tronc de l'enfant, passent des fesses sur les genoux, de là sur la poitrine et le menton, et force ainsi le front à s'abaisser, à glisser derrière les pubis, et à s'engager le premier sous l'arcade pubienne. Quelquefois aussi, le haut du nez reste appuyé sur le bord inférieur de la symphyse des pubis,

pendant que le sommet et l'occiput se dégagent de derrière le périnée; la face achève de descendre ensuite, et le menton sort le dernier. D'autres fois la face se dégage entièrement la première, et le devant du col vient s'appuyer sur le cintre de l'arcade des pubis, tandis que le sommet et l'occiput, qui sortent les derniers, se dégagent de derrière le périnée (1).

Mais le plus ordinairement, comme nous l'avons dit, le front reste appuyé derrière la symphyse des pubis pendant la progression du sommet et de l'occiput; lorsque celui-ci a franchi le bord antérieur du périnée, la nuque vient s'y appuyer, et, pendant que le sommet s'avance sous l'arcade pubienne, l'occiput tend toujours à se porter en arrière, vers l'anus de la femme, jusqu'à ce que le front, le nez, la bouche et le menton du fœtus, descendent successivement de derrière les pubis. Enfin, après la sortie de la tête, la face regarde l'aine gauche de la mère, si toutefois la face sternale du fœtus est restée derrière la paroi antérieure gauche du bassin.

Lorsque le tronc n'a éprouvé aucun changement dans sa situation pendant la marche et la sortie de la tête, les épaules se présentent diagonalement au diamètre oblique du détroit abdominal. L'épaule droite, qui reçoit directement l'action de l'utérus, glisse de haut en bas, et de gauche en arrière, pour gagner les plans inclinés postérieurs du bassin, tandis que l'épaule gauche remonte de droite en devant derrière les pubis. L'épaule droite continue de s'avancer et se dégage la première de derrière le périnée; l'autre épaule, ainsi que le reste du tronc, franchissent l'arcade pubienne. (*Voir* pour la position la pl. 71.)

---

(1) Nous avons vu un exemple de cette manière de se dégager de la tête dans cette présentation du sommet. Feu *Béclard*, professeur à la Faculté de médecine, nous en a cité un cas semblable.

PRÉSENTATION DU SOMMET.

Position Fronto-cotyloïdienne droite (5e de Baudelocque).

(Sur 20,517 naissances, 92 présentations de cette espèce.)

Cette position, comme on le voit, est plus rare que la fronto-cotyloïdienne gauche, qui a du rapport avec celle où l'occiput est en devant et à gauche, la plus commune de toutes les positions du sommet.

Dans celle-ci, le front, la fontanelle antérieure, sont derrière la cavité cotyloïde droite; l'occiput et la fontanelle occipitale, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche; la commissure médiane suit la direction du diamètre oblique de devant en arrière et de haut en bas, parce que 1° l'occiput est plus abaissé que le front; 2° le pariétal gauche est aussi plus bas que le droit, qui se trouve derrière la cavité cotyloïde gauche.

Dans cette position oblique du sommet, comme dans la quatrième position, il faut s'armer de patience et engager la femme à prendre son parti sur la longueur du travail. Nous l'avons vu se prolonger trois, quatre et cinq heures au-delà du temps ordinaire chez des femmes qui avaient eu déjà des enfans qu'elles avaient mis au monde après sept à huit heures des premiers signes de l'enfantement.

Tant qu'il ne se présente aucun accident qui réclame l'application des secours de l'art, on doit se borner à aider la nature par des moyens moraux, ou par une médication inoffensive, comme moyen de gagner du temps. L'essentiel dans ce cas est de veiller à la conservation du périnée, qui est en grand danger de se rompre.

L'obliquité latérale droite accompagne cette position; la face dorsale de l'enfant répond à la paroi latérale gauche et postérieure de la mère; sa face sternale répond à la paroi latérale droite antérieure de l'utérus; les pieds sont

sous le fond de ce viscère, du même côté. (*Voyez* pour la position, la planche 72.)

La cause qui prolonge la durée du travail, dans le cas de position occipito-cotyloïdienen droite, vient encore ajouter à la difficulté que présente celle-ci. Non-seulement, dans le cas présent, le front ne peut rouler aussi facilement que l'occiput sur le plan incliné antérieur du bassin ; mais la réplétion du rectum peut s'opposer encore à l'accès de l'occiput dans la courbure du sacrum. Cependant cet obstacle de la part du rectum peut déterminer l'occiput à se rapprocher de la paroi antérieure du bassin ; et, si l'on a remarqué que cette conversion de la tête a plus souvent lieu dans ce cas, que lorsque l'occiput est à droite et en arrière, ne conviendrait-il pas mieux de laisser le rectum dans son état de plénitude, que de l'évacuer comme on l'a conseillé? Sans doute que, si l'occiput ne se déterminait point à avancer d'aucun côté, il faudrait injecter le rectum et le vider; mais alors, au lieu de se porter en avant, où il a tant de chemin à faire et plus de difficulté à vaincre, il se porterait dans la courbure du sacrum, dont il se trouve plus près que de l'arcade des pubis. (*Voyez* la planche 29.)

Lorsque l'occiput sera parvenu dans la courbure du sacrum, il s'avancera, comme dans le cas précédent, jusqu'au bord du périnée, et le franchira en se portant en arrière ; ou bien, ce sera le front, puis la face et le menton, qui se dégageront successivement de derrière les pubis. Après la sortie de la tête, la face de l'enfant regarde l'aine droite de la mère.

L'épaule gauche, située au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite, recevant directement l'action de l'utérus, s'avance la première de droite en arrière, pour parcourir la ligne médiane du détroit inférieur, et sort la première de derrière le périnée, tandis que l'épaule droite, remon-

tant de gauche en avant du bassin, glisse sous l'arcade des pubis, et s'y engage à son tour.

PRÉSENTATION DU SOMMET.

Position Fronto-pubienne (6e de Baudelocque).

(Sur 20,517 naissances, 2 exemples de cette position.)

Cette position du sommet, encore plus rare que l'occipito-pubienne, à laquelle elle est opposée, n'a pu se rencontrer que dans des cas de rupture prématurée des membranes, l'utérus fortement contracté sur l'enfant n'ayant point permis le déplacement de la tête. Mais, en supposant cette circonstance, on ne peut concevoir cette position, qu'autant que le sommet serait très-incliné, soit en devant, soit en arrière. Le diamètre fronto-occipital serait en rapport avec le diamètre sacro-pubien du bassin, le front derrière les pubis, et l'occiput au-dessus ou au-dessous de l'angle sacro-vertébral; le dos de l'enfant répondant aux lombes de la mère, la face, la poitrine et les pieds seraient en devant, et au-dessus du bassin, plus ou moins inclinés à droite ou à gauche. (*Voyez* pour la position, la planche 73.)

La pointe occipitale, à cause de sa forme arrondie, ne pouvant rester en contact avec la saillie anguleuse du sacrum, il faut supposer qu'elle est située au-dessus ou au-dessous, et que, refoulée par l'effet des contractions utérines, la pointe de l'occiput glissera à droite ou à gauche de l'éminence sacro-vertébrale. Une fois l'occiput parvenu au-devant d'une des symphyses sacro-iliaques, la marche de la tête sera la même que dans la première ou la deuxème espèce *fronto-cotyloïdienne* : de même que, dans ces deux positions, l'occiput, étant descendu dans la courbure du sacrum, s'avancera sur le plan recourbé de cet os, sur le coccix et le périnée, puis franchira le bord postérieur de la vulve.

Si le bassin est spacieux, la tête petite, le front peut encore se glisser derrière les pubis, s'engager le premier sous l'arcade, et la face sortir avant l'occiput.

Après la sortie de la tête, les épaules sont-elles situées en travers du bassin, la face regardera les pubis de la mère; mais la tête suivra le mouvement imprimé aux épaules par l'effet des contractions subséquentes. L'épaule qui reçoit l'action directe des contractions, descend obliquement pour se loger dans la courbure du sacrum, et s'avance sur le bord antérieur du périnée, qu'elle franchit la première ; tandis que l'autre, ramenée en devant, glisse derrière les pubis et sort à son tour.

Remarques importantes.

En général, lorsque la tête est sortie de la vulve, on se hâte inconsidérément d'aider l'utérus à se débarrasser des épaules et du tronc de l'enfant. Le délai que met quelquefois la nature à l'expulsion des épaules et du tronc est fort utile, et même très-nécessaire, pour donner à l'utérus le temps de reprendre la faculté de se contracter. Qu'a-t-on à redouter pour l'enfant lorsque la tête est sortie? N'a-t-il pas la faculté de respirer? On n'a donc rien à craindre de la compression du cordon; est-ce le resserrement spasmodique de l'orifice de l'utérus sur le col de l'enfant que l'on voudrait prévenir? Mais ce resserrement, s'il pouvait avoir lieu, ne serait ni assez considérable, ni d'assez longue durée pour exposer la vie de l'enfant. Combien, au contraire, est dangereux l'empressement que l'on apporte à vider brusquement l'utérus! ses parois tombent affaissées, molles, flasques : elles sont disposées à se replier sur elles-mêmes; si l'action de l'utérus se relève, elle peut n'être que partielle, irrégulière; alors le placenta se trouve comme encadré dans une portion des parois de l'utérus ; ou bien, replié de son fond vers son col, l'utérus encore chargé du

placenta s'engage dans son propre orifice à un degré plus ou moins considérable. Mais un accident non moins grave, et beaucoup plus fréquent, qui résulte de la déplétion trop prompte de l'utérus, est une hémorrhagie abondante, que les secours les plus prompts, les mieux administrés, ont souvent bien de la peine à arrêter, et dont la moindre conséquence est de jeter la femme dans un état de faiblesse et de langueur qui se prolonge encore long-temps au-delà de la durée ordinaire des couches.

Pour prévenir ces accidens, il faut donc :

1° Engager la femme à modérer ses efforts dans les derniers temps du travail ;

2° Retenir la tête du fœtus pour s'opposer à la rapidité de sa progression ;

3° Après la sortie de la tête, examiner promptement avec les doigts si le cou de l'enfant n'est point gêné par quelques circulaires de cordon ;

4° Si le cordon est contourné sur le cou de l'enfant, le détortiller ou en couper une des circulaires, afin d'éviter sa rupture, le décollement prématuré du placenta ou le renversement de l'utérus ;

5° Soutenir la tête de l'enfant d'une main ; de l'autre, le périnée, et *attendre* que l'utérus ait expulsé, par ses propres efforts, les épaules et le reste du tronc.

Autres remarques sur les six Positions du sommet.

Dans tous les temps de la première et de la seconde espèce de présentation du sommet, la tête n'offre que ses plus petits diamètres aux plus grands diamètres du bassin.

Dans ces deux espèces de présentation, la tête exécute *quatre* mouvemens : 1° celui de flexion antérieure, lorsque l'occiput se plonge dans l'excavation ; 2° celui de pivot, lorsque la tête passe dans le détroit périnéal ; 3° celui d'extension, lorsque l'occiput s'avance sous l'arcade des pubis ;

4° mouvement de pivot, en sens contraire au premier, lorsque la tête a franchi la vulve.

Dans les positions fronto-cotyloïdiennes, la tête exécute *cinq* mouvemens : 1° celui de flexion antérieure, pendant que l'occiput descend sur le plan latéral et postérieur du bassin ; 2° mouvement de pivot, lorsque l'occiput se place dans la courbure du sacrum ; 3° mouvement de flexion antérieure forcée, lorsque c'est l'occiput qui sort le premier de derrière le périnée ; 4° mouvement d'extension, lorsque le sommet et la face se dégagent de derrière les pubis après la sortie de l'occiput ; 5° mouvement de rotation extérieure, dans un sens contraire à celui qui s'est exécuté dans le bassin.

Dans les positions occipito et fronto-pubiennes, la tête n'exécute ordinairement que *deux* mouvemens : 1° celui de flexion ; 2° celui d'extension. Après sa sortie de la vulve, la tête fait un mouvement de rotation que lui imprime la direction des épaules lorsqu'elles traversent la filière du bassin.

Ces deux dernières espèces de présentations sont essentiellement défavorables, parce que si la tête est volumineuse, solide, ses diamètres excèdent l'espace compris entre la saillie du sacrum et la symphyse des pubis ; aussi ces deux positions sont-elles extrêmement rares.

Les positions fronto-cotyloïdiennes du sommet sont désavantageuses, à cause de la présence du front à l'arcade des pubis : ce qui détermine le plus souvent le diamètre occipito-frontal à se présenter dans toute son étendue au diamètre cocci-pubien.

Ces remarques sont d'autant plus importantes à retenir dans la mémoire, qu'elles trouveront leur application, 1° dans tous les cas où il existe quelque obstacle à la marche progressive de la tête dans l'une de ces positions du sommet ; 2° lorsque la tête, au lieu de présenter le vertex,

s'engage dans le bassin en offrant une autre de ses régions ; 3° dans tous les cas encore où c'est la tête qui s'engage la dernière après la sortie naturelle ou artificielle du tronc ; 4° enfin, toutes les fois que des accidens graves s'opposent aux efforts de la nature, ou les rendent insuffisans, quelquefois inutiles, et d'autres fois même dangereux pour la mère et pour l'enfant, il sera de la plus grande importance d'avoir présent à l'esprit les dimensions du bassin et celles de la tête du fœtus, leurs rapports entre eux, et les différens mouvemens que la tête peut et doit exécuter pour être expulsée facilement ou extraite avec sûreté.

ARTICLE II.

Des soins à donner à la femme en travail.

Quelquefois le travail de l'accouchement s'annonce à une époque plus ou moins éloignée du terme de la grossesse ; d'autres fois le travail de l'accouchement à terme est prolongé, suspendu par diverses circonstances qui méritent l'attention et qui exigent des soins particuliers.

Ainsi, le travail peut être prématuré ou précédé de fausses douleurs ; l'état de faiblesse du sujet, l'atonie de l'utérus, la rigidité de l'orifice, la surabondance d'eau de l'amnios, la densité des membranes, leur rupture prématurée, les douleurs de reins, une grande obliquité de l'utérus, la difficulté d'uriner, la constipation, les crampes, la présentation des pieds, des genoux ou des fesses, sont autant de causes qui peuvent prolonger la durée du travail.

SECTION PREMIÈRE.

De l'Accouchement avant terme.

On a donné le nom d'*avortement* à l'expulsion du pro-

duit de la conception dans les six premiers mois de la grossesse.

On désigne sous le nom d'accouchement *prématuré*, celui qui se fait depuis le commencement du septième jusque vers la fin du neuvième mois.

La durée des premières périodes du travail est proportionnée à la longueur du col de l'utérus : ainsi, plus la grossesse est éloignée du terme ordinaire, plus la dilatation de l'orifice sera longue à se faire, quatre, cinq, six jours, et quelquefois plus.

La durée des dernières périodes du travail sera relative aussi à l'âge du fœtus; une fois engagé dans l'orifice, son expulsion sera d'autant plus prompte qu'il sera moins volumineux.

Signes de l'avortement.

1° Frissons; 2° lassitude; 3° ténesme ou pression vers l'orifice interne du vagin; 4° douleurs dans la région du sacrum; 5° affection spasmodique des intestins; 6° pouls fébrile.

Signes de l'accouchement prématuré.

7° La réunion de tous les signes précédens; 8° avec affaissement des mamelles; 9° abaissement de l'abdomen; 10° cessation des mouvemens du fœtus.

L'hémorrhagie et la douleur augmentent en proportion des progrès du travail.

Causes prédisposantes.

1° Faiblesse de la constitution; 2° faiblesse accidentelle; 3° constipation opiniâtre; 4° pléthore sanguine; 5° maladie aiguë ou chronique; affection de l'utérus ou de ses annexes; adhérences morbides de ces organes entre eux.

Causes occasionnelles.

1° Nourriture ou boisson stimulantes, les purgatifs violens; 2° tout ce qui peut exciter des mouvemens tumultueux de l'ame; tout ce qui peut faire contracter brusquement les muscles abdominaux, et occasionner la secousse ou la pression soudaine des parois de l'utérus; les coups, les chutes, etc.; mais l'abus de l'acte du mariage est peut-être une des causes les plus fréquentes de l'avortement.

Causes du côté de l'enfant.

1° La maladie; 2° la mort; 3° la séparation d'une portion du placenta, des membranes, ou leur rupture; la rareté, ou la trop grande abondance de l'eau de l'amnios.

Pronostic. Lorsque l'hémorrhagie et les contractions persistent, il est difficile d'empêcher l'accouchement.

Indication générale. Dans le travail de l'accouchement à terme, lorsque les contractions sont faibles ou que l'organe est sans action, l'art doit intervenir pour *exciter* l'utérus à se contracter : l'enfant a besoin de naître. Dans l'accouchement à terme, l'art doit encore intervenir, mais pour *s'opposer à l'action* de l'utérus : le fœtus a besoin de rester dans le sein de sa mère.

Quelle que soit la cause qui menace la femme d'accoucher avant terme, elle doit garder le repos le plus absolu, jusqu'à ce que les symptômes qui annonçaient cette fâcheuse disposition soient entièrement dissipés.

Chez les femmes d'une faible constitution : fortifier le système par des boissons toniques, l'exposition à l'air frais. En général, on doit éviter tout ce qui peut ajouter à la débilité naturelle.

Dans le cas de pléthore sanguine : la saignée du bras

réitérée s'il en est besoin; un régime doux, entretenir la liberté du ventre.

Adhérences des annexes de l'utérus avec un des points du bassin. Causes : inflammation précédente. On ne reconnaît cette affection qu'à l'état de vacuité de l'organe. Souvent nous avons vu plusieurs avortemens successifs n'avoir d'autres causes que celles indiquées plus haut.

Traitement : saignée du bras, frictions sur l'abdomen avec un huitième d'once de pommade napolitaine, dont on augmente progressivement la dose jusqu'à 2 gros.

Spasme ou irritation de l'utérus : l'application de sangsües, la saignée, en observant de tirer peu de sang à la fois; infusion de fleurs de tilleul et feuilles d'oranger; bouillon de veau ou de poulet. — Bain d'eau tiède.

Dans le cas d'hémorrhagie, la femme doit rester couchée sur un lit frais, légèrement ou point du tout couverte; les rideaux du lit ouverts; recommander qu'il n'y ait près d'elle que les personnes qui lui sont nécessaires, et éviter tout ce qui pourrait l'agiter de corps ou d'esprit. — Ses boissons, légèrement acidulées avec quelques gouttes d'alcool sulfurique (d'eau de rabel), ou avec du sirop de groseilles ou de vinaigre, ou avec du vinaigre simple, doivent être prises froides. — Pour nourriture, potage. — Bouillon.

Mais si l'hémorrhagie est considérable, on fera des applications de linges trempés dans l'eau froide et le vinaigre, sur le devant des cuisses, sur l'abdomen, sur la région des lombes; on tamponnera le vagin jusque dans l'orifice de l'utérus, s'il est ouvert, avec des linges usés que l'on aura trempés dans l'eau et le vinaigre ou dans l'huile, afin de déterminer la formation d'un caillot à l'orifice de l'utérus.

Si, malgré tous ces moyens, l'hémorrhagie continue, il n'y a pas lieu d'espérer que la femme puisse parvenir jus-

qu'au terme de sa grossesse ; on doit se conduire alors selon l'époque où elle est arrivée.

On laissera faire la nature, qui, le plus ordinairement, expulse tout le produit de la conception à la fois, surtout dans les premiers mois de la grossesse : car, si dans les premiers temps le placenta offre plus d'étendue relative que par la suite, si les vaisseaux utérins sont plus nombreux, si les adhérences de l'épikorion avec l'utérus sont plus intimes, l'expulsion des annexes du fœtus sera d'autant plus lente à se faire, que la grossesse sera plus éloignée de son terme. Mais il faut se rappeler que, tant que les annexes de l'embryon ne sont point expulsées, la femme est exposée aux dangers d'une hémorrhagie, d'une métrite, et même d'une fièvre adynamique occasionnée par l'absorption des matières putréfiées dans l'utérus.

SECTION II.

Des Fausses Douleurs.

Signes. Douleurs vives et continues, tantôt traversant l'abdomen d'un côté à l'autre, tantôt se faisant sentir autour de l'ombilic, quelquefois se fixant sur un seul point ; pendant le paroxysme, la femme se courbe en devant ; la face, qui pâlit, conserve l'expression douloureuse. Si l'on porte l'index d'une main dans l'orifice, si l'on applique l'autre main sur l'abdomen, on ne remarque aucun changement dans la forme du globe utérin ni dans son orifice. L'utérus est calme, pendant que la femme est cruellement tourmentée de coliques, qui, le plus souvent, sont accompagnées d'émission d'air par la bouche et par l'anus.

Causes. L'embarras gastrique, la constipation, quelquefois la pléthore sanguine, la difficulté d'uriner.

Indications. Dans les deux premiers cas, on fera usage des laxatifs, des délayans ; dans le troisième, la saignée ;

dans le quatrième, on facilitera l'excrétion de l'urine, soit en changeant la direction de l'utérus, si c'est cet organe qui pèse sur la vessie, soit en repoussant la tête du fœtus, si elle comprime l'urètre, soit enfin au moyen de l'introduction de la sonde.

SECTION III.

De la Faiblesse accidentelle du sujet.

Si la faiblesse accidentelle du sujet n'est occasionnée que par la privation d'une nourriture substantielle, on peut faire prendre à la malade quelques potages, un peu de bon vin; mais si le travail est déja avancé, on se borne aux bouillons et aux boissons généreuses et toniques.

SECTION IV.

Contractions spasmodiques de l'Utérus.

On a vu par la disposition des vaisseaux et des nerfs de l'utérus, qu'ils ont, pour la plupart, une origine commune à celle des nerfs et des vaisseaux des parties adjacentes; que la portion abdominale du nerf trisplanchnique forme plusieurs plexus qui se distribuent aux ovaires, aux trompes et à l'utérus; aussi arrive-t-il souvent qu'une affection morale quelconque, que l'irritation d'un des viscères abdominaux, agit sur cet organe d'une manière directe ou indirecte, y exaspère, partiellement ou en totalité, sa propriété contractile.

Signes. Douleurs continues, aiguës, fixes, tantôt à droite, tantôt à gauche, quelquefois des deux côtés en même temps, très-souvent dans la région postérieure et inférieure de l'utérus, accompagnées de sensibilité de la surface extérieure de la cavité abdominale.

Causes. Tous les stimulans qui agissent à l'intérieur ou à l'extérieur de la femme souffrante; les boissons alcoo-

liques, les alimens échauffans, l'air trop concentré, trop chaud ou trop froid; la fatigue occasionnée par une trop longue station, par des efforts violens, la privation du sommeil; les coups, les chutes; la rupture prématurée des membranes, la sensibilité naturelle des parties, exaltée par le contact immédiat de l'enfant avec la surface interne de l'utérus, les attouchemens trop fréquens; les passions de l'ame n'ont pas moins d'influence dans ce cas; les contrariétés, l'impatience, la colère, un accès de joie immodérée, la crainte de mourir, toutes ces causes occasionnent les contractions spasmodiques de l'utérus, et donnent lieu quelquefois à des douleurs atroces.

Indications. Éviter ou éloigner tout ce qui pourrait causer ou entretenir l'excitation physique ou morale; employer avec réflexion et jugement un moyen dont on use par instinct, auquel la femme elle-même a recours sans y songer, les *frictions* continues sur la région douloureuse; lorsque la douleur change de place, la poursuivre par des frictions. Cette espèce de magnétisme, employé avec persévérance, soulage, dissipe la douleur, fait cesser la contraction spasmodique, et provoque l'action alternative et régulière de l'utérus.

On pourrait joindre à ce moyen si simple, si facile à administrer, les injections dans le vagin et dans le rectum, avec la décoction chaude de têtes de pavôts, avec addition de vingt à trente gouttes de laudanum. L'application de sangsues sur la région des cordons sus-pubiens; la saignée du bras est rigoureusement indiquée lorsque le sujet est pléthorique. On peut également faire usage de la potion suivante : eau de fleurs d'oranger, une once; eau de tilleul, trois onces; sirop diacode, six gros; liqueur minérale d'Hoffmann, vingt gouttes à prendre par cuillerées à soupe toutes les dix minutes.

SECTION V.

De l'Atonie à la suite d'un accouchement long et pénible.

L'atonie peut être le résultat d'un travail long, pénible et douloureux : dans ce cas, il exige également l'emploi des calmans. La potion ci-dessus indiquée peut être mise en usage avec succès pour rappeler le calme et provoquer le sommeil dont la femme a besoin. Cette potion peut servir encore à prévenir les convulsions dont la souffrante est menacée, et à rendre inutile l'usage du forceps, si souvent abusivement appliqué dans ce cas : d'autres fois, on emploie les moyens propres à exciter des contractions utérines.

Du Seigle ergoté.

Depuis quelques années l'impatience plutôt que la nécessité a mis à la mode ce médicament que, naguère encore, on considérait comme une substance délétère au plus haut degré(1). L'application que j'en ai vu faire en différens lieux, et notamment à l'hospice de la Maternité, ou fut de nul effet, ou donna lieu à des spasmes de l'utérus qui, au lieu de hâter, retardaient encore le retour des contractions expultrices. D'autres expérimentateurs ont attribué les insuccès de ce remède à sa mauvaise préparation. Malgré les protestations d'un grand nombre contre l'efficacité de l'ergot, on n'en a pas moins préconisé l'usage et vanté avec enthousiasme ses effets merveilleux.

Nous-même, nous efforçant d'éloigner nos préventions défavorables pour ce remède que nous avions vu échouer si

(1) En 1816, il régna en Bourgogne, patrie de *Chaussier*, une épidémie d'ergotisme occasionnée par la mauvaise qualité du pain dans lequel il entrait une grande quantité de blé ergoté. La gangrène des jambes, l'avortement, la suppression du lait des mamelles, l'affaiblissement de la vue, la cécité même, étaient les affreux résultats de cette alimentation.

souvent, nous y sommes revenue plusieurs fois, plutôt sur la foi d'autrui que d'après nos convictions.

La manière d'agir de ce remède, dit Villeneuve, est encore couverte d'un voile épais. Nous ne pensons pas que, depuis que l'auteur s'exprimait ainsi, on ait acquis plus de lumières sur le mode d'action de ce remède (1).

Dans le tableau annexé au mémoire de l'auteur, on compte quarante personnes de divers pays qui ont administré l'ergot. Les faits réunis se montent à 720.

Dans l'accouchement,	600
Dans la délivrance,	5
Dans le cas de perte,	5
Succès modérés,	16
Insuccès ou nullité d'action,	82
Résultats fâcheux,	12
	720

Certainement si, au lieu de peser, on compte les succès, ils seront tous à l'avantage du seigle ergoté.

Mais si ce moyen est recommandé pour faciliter l'expulsion du placenta, pour débarrasser l'utérus de caillots durs et volumineux (2), d'une mole, d'un polype; s'il est forte-

(1) Un médecin-chimiste d'Allemagne s'occupe des recherches sur les substances qui agissent directement sur l'utérus. Nous souhaitons que la consciencieuse persévérance de ce savant obtienne des résultats avantageux pour l'art de guérir chez les femmes.

(2) Chez presque toutes les femmes qui ont usé de ce remède sous nos yeux, pendant le travail de l'accouchement, la contraction spasmodique continuait après la délivrance; il n'y avait que peu ou point de lochies, et un coagulum, quelquefois du volume du poing, se formait dans la matrice et donnait lieu a de violentes coliques utérines qui ne cessaient qu'après l'usage de bains de siége, de lavemens, de cataplasmes laudanisés, etc.

ment recommandé à tous ceux qui s'occupent d'accouchement d'être pourvus de ce précieux *vade mecum*, ne doit-on pas en craindre l'abus, ne peut-on pas provoquer l'avortement sans le vouloir ou dans de coupables desseins? Nous avons quelques raisons de croire que des avortemens ont été ainsi déterminés chez des femmes qui sont venues à la maison royale de santé pour se faire traiter d'une métrorrhagie.

Jusqu'à ce que nous ayons des faits plus concluans encore que ceux qui nous sont connus, nous ne consentirons à faire usage du blé ergoté que chez la femme qui a langui au moins 24 heures dans le travail de l'enfantement, sans en attendre d'autres résultats que de relever le courage de la malade, qui, dans ce cas, est semblable au voyageur égaré pendant la nuit que l'aspect d'une faible lumière vient ranimer; ses craintes, ses fatigues se dissipent; sa force morale une fois relevée, il marche d'un pas plus ferme, il arrive à son but sans autre secours qu'une lueur d'espérance qu'il n'a dû qu'au hasard.

C'est surtout chez les primipares d'une faible constitution, chez les femmes nerveuses, impatientes, pusillanimes, mais dont l'utérus est frappé d'inertie, qu'il est bon d'avoir recours aux moyens propres à ranimer ses forces, à exciter son courage. Mais si le langage de la persuasion, si les attentions soutenues, si les promesses d'un accouchement naturel, et un air de confiance en soi-même et dans les efforts de la nature ne produisent pas d'effets sur la femme, si quelques moyens innocens employés à propos, tels que les lavemens légèrement excitans avec deux gros de sené, une cuillerée de sel, les frictions avec la main, avec des linges chauds sur la région utérine pour rappeler son action, si ces moyens, employés lentement, restent sans effets, essayez alors du seigle ergoté pour éviter l'application du forceps, si rarement sans inconvénient pour le

périnée, surtout pour celle qui accouche pour la première fois.

Conditions à observer dans l'emploi du Seigle ergoté.

1° Il faut qu'il ne manque pour l'expulsion du fœtus que des contractions utérines suffisantes. Ainsi bonne conformation du bassin et des parties molles ; 2° position favorable du fœtus ; 3° dilatation complète de l'orifice utérin.

Le blé ergoté ne doit pas être donné dans les cas où l'utérus est douloureux, ou lorsqu'il est le siége de contractions spasmodiques. Dans ce cas, la saignée, les bains, les lotions opiacées, et même des saignées locales par les sangsues, doivent être préférées.

Il est prudent de ne pas administrer l'ergot aux femmes qui, dans les couches précédentes, auraient été atteintes de métrite ou de péritonite.

Manière d'administrer ce médicament.

L'infusion, la décoction, l'extrait aqueux, la teinture alcoolique, le sirop, sont autant de formes sous lesquelles on peut administrer le seigle ergoté. Mais la préparation la plus convenable, la plus usitée, la plus efficace et la plus commode à porter avec soi, est la poudre qui a reçu des *noms* différens, dont quelques-uns contiennent tout le merveilleux du remède, tels que ceux-ci par exemple : *Pulvis partum accelerans; pulvis parturiens*, poudre *ocyotique*, poudre *obstétricale*. — Poudre qui fait accoucher produirait un moins bon effet.

Dose. Nous supposons que c'est en poudre que l'on fera prendre ce remède. On l'a donné depuis 10 jusqu'à 20, 40, 50, et même 80 grains dans le cours du travail de l'accouchement. L'eau sucrée, une infusion de tilleul, d'oranger, une demi-verrée de l'un ou de l'autre de ces liquides

suffit pour faire prendre cette poudre. On pourrait encore l'introduire dans une cuillerée de confitures qui serait agréable au goût de la femme.

Cette poudre violette est sans saveur et sans odeur. On ne doit pas en donner plus de 20 grains à la fois. On la renouvelle au bout d'une heure; on en double la dose, et encore une heure après, si l'accouchement ne s'opère pas.

On voit par la durée du temps que met à opérer le remède que, s'il ne nuit pas, il n'est pas d'une grande utilité.

Le docteur Villeneuve, à qui nous avons emprunté une partie de ce qui est relatif au blé ergoté, ajoute cette remarque, que notre expérience a pleinement justifiée. Lorsque les douleurs, dit-il, ne se raniment qu'après une demi-heure de l'emploi de l'ergot, *tout porte à croire qu'il est étranger au retour du travail, et qu'à plus forte raison l'accouchement, qui n'a lieu dans ce cas que plusieurs heures après l'administration de ce remède, s'est effectué sans son influence* (1).

SECTION VI.

De la Rigidité du col de l'Utérus.

La rigidité du col de l'utérus peut être occasionnée par la pléthore sanguine. Lorsque la face est colorée, le pouls dur, plein, on pratique la saignée; on la réitère au besoin.

Si la rigidité de l'utérus dépend de son irritabilité, si l'orifice est mince, tendu pendant la contraction, s'il ne s'ouvre que difficilement, comme il arrive lorsque les membranes se rompent prématurément, il faudra avoir recours aux demi-bains, aux injections mucilagineuses faites avec la décoction de graine de lin, avec addition de deux ou trois têtes de pavots. On pourrait même tremper une éponge fine dans cette décoction, et l'introduire dans le vagin jus-

(1) Voyez *Mémoire sur le Seigle ergoté*, page 66.

que sur le col de l'utérus, et la renouveler souvent après l'avoir trempée chaque fois dans la décoction chaude. Mais le moyen le plus efficace est l'application de la pommade dilatoire du professeur *Chaussier*, dont on trouvera la formule plus loin, à l'article *Convulsions*.

SECTION VII.

De la Rupture prématurée des Membranes.

La rupture prématurée des membranes exige la plupart des soins indiqués ci-dessus. La dilatation de l'orifice se fait plus lentement et plus douloureusement chez les femmes sanguines ou nerveuses ; il faut bien se garder, dans ce cas comme dans tout autre, d'aider à la dilatation avec les doigts. Cette manœuvre, pratiquée par l'ignorance, irrite, enflamme l'orifice, et prolonge, au lieu d'abréger, la durée du travail.

SECTION VIII.

De la Densité des Membranes.

La densité des membranes peut quelquefois retarder l'accouchement en résistant aux efforts réitérés des contractions de l'utérus ; mais, avant de les rompre, il faut avoir égard au degré d'ouverture de l'orifice. Quelquefois il arrive, comme nous l'avons vu, que la poche de l'eau forme dans le vagin une tumeur large, solide, du volume de la tête d'un fœtus à terme, et cependant l'orifice n'avoir que de huit à dix lignes de diamètre.

Il faut, pour rompre les membranes, que la dilatation soit complète, que la tête soit dans l'excavation du bassin, que la tumeur membraneuse s'avance jusqu'à l'entrée de la vulve. Alors on déchire cette poche, soit en la pinçant entre deux doigts, soit en appuyant l'extrémité de l'index, soit en y portant la pointe des ciseaux ou l'extrémité

d'une sonde. Mais, avant de faire cette opération, si légère en apparence, et si importante par les suites qu'elle peut avoir, il faut bien prendre garde de se laisser imposer sur la nature de cette tumeur : car, si l'on allait agir sur la paroi antérieure du col de l'utérus, qui, quelquefois, se trouve poussée au devant de la tête, et s'avance dans le vagin, même jusqu'à la vulve, sous une forme arrondie et lisse.... On frémit en pensant à l'accident qui résulterait de cette funeste méprise : ou bien si l'on allait déchirer ou perforer les parties génitales et tuméfiées d'un enfant mâle qui s'engage par les fesses, que l'on aurait prises pour la tête, ou sur les fesses elles-mêmes; ou si l'on agissait encore sur une tumeur formée par la tuméfaction du crâne, combien aurait de reproches à se faire la personne qui se serait rendue coupable de cette négligente inattention ! Quoique la rupture artificielle de la tumeur, formée par la présence de l'eau sous les tégumens d'un hydrocéphale, puisse être plutôt favorable que nuisible à l'accouchement, quoiqu'il soit même indiqué de faire l'ouverture de cette tumeur, quiconque ferait cette rupture sans connaissance de cause serait tout aussi répréhensible que dans les autres cas.

SECTION IX.

De la Surabondance de l'eau de l'Amnios.

La surabondance de l'eau de l'amnios peut retarder l'accouchement. Les parois de l'utérus, trop écartées, trop distendues, perdent leur action tonique déjà affaiblie par l'abondante sécrétion dont elles sont abreuvées : suspendu, pour ainsi dire, dans une masse de fluide, le fœtus, s'il s'approche de l'orifice, ne saurait s'y fixer. Ainsi, les contractions sont presque nulles et de peu d'effet. On reconnaît à la mobilité de la partie qui se présente à l'ori-

fice de l'utérus, au volume, à la souplesse, à la flaccidité de cet organe, qu'une grande quantité d'eau en occupe la cavité.

L'orifice, toujours souple dans ce cas et d'une facile dilatation, ne laisse aucune crainte pour les suites d'une rupture prématurée des membranes; au contraire, lorsque l'eau est écoulée, les parois de l'utérus se rapprochent des surfaces de l'enfant, le poussent vers l'orifice, et la dilatation se fait rapidement. Si, après l'évacuation de l'eau, l'enfant venait présenter une partie qui ne fût point susceptible de s'engager, rien ne serait plus facile que de l'amener par les pieds. L'utérus, dans ce cas, conserve toujours assez de souplesse pour n'opposer qu'une faible résistance à l'introduction de la main et à l'évolution de l'enfant, dont le volume est d'autant moindre que la quantité d'eau était plus considérable.

SECTION X.

Des Douleurs de Reins.

Les douleurs de reins rendent aussi le travail long et douloureux.

Causes. Ce n'est pas sans fondement que quelques-uns ont attribué les douleurs de reins au tiraillement des ligamens postérieurs de l'utérus; selon d'autres, ces douleurs seraient occasionnées par la contraction violente des muscles de la partie postérieure du tronc. D'après M. Baudelocque, l'implantation du placenta sur la paroi postérieure de l'utérus donne lieu à ces sortes de douleurs. Mais en quelles circonstances les douleurs de reins se font-elles sentir?

Voici quelques remarques générales que l'observation nous a fournies :

1° Lorsque l'enfant présente toute autre partie que la

tête à l'orifice de l'utérus, la femme ne se plaint point de douleurs de reins.

2° Lorsque la tête est au-dessus du détroit abdominal, point de douleurs de reins.

3° Chez toutes les femmes que nous avons entendu se plaindre de ces sortes de douleurs, nous avons trouvé la tête engagée dans le détroit abdominal, quelquefois même plongée dans l'excavation avant qu'il y eût commencement de dilation de l'orifice.

4° Les douleurs se faisaient sentir, non pas dans *la région des reins*, mais dans la région sacrée, ou du sacrum.

5° Dans les positions occipito ou fronto-cotyloïdiennes gauches de la tête, les douleurs se font plus vivement sentir dans la région supérieure et latérale droite du sacrum, *et vice versâ.*

6° Après que la tête a exécuté son mouvement de rotation, la douleur cesse.

Après la rupture des membranes, ces douleurs se calment ou cessent entièrement.

Examinons maintenant quelles sont les parties exposées à la compression, au tiraillement, pendant la progression oblique de la tête :

La paroi postérieure du col, plus nerveuse dans tous les temps, plus courte que l'antérieure; la portion postérieure de l'orifice interne du vagin, sont tiraillées, distendues par le volume de la tête et de l'eau qui afflue vers le col pendant la durée de chaque contraction. Après la rupture des membranes et l'évacuation de l'eau, non seulement le col diminue de capacité en proportion de la quantité d'eau qui distendait ses parois, mais encore de toute la portion de la tête qui s'est engagée dans l'orifice. Le col est donc moins distendu, moins tiraillé qu'auparavant; sa paroi postérieure et latérale cesse d'être aussi

fortement comprimée entre le front et la paroi du bassin où elle correspond. Serait-il donc déraisonnable d'attribuer ces sortes de douleurs à une exaltation de sensibilité dans la paroi postérieure du col et de l'orifice interne de l'utérus chez les femmes qui en sont tourmentées pendant le travail ? Comment d'ailleurs expliquer ces *douleurs analogues* qu'éprouvent les femmes dont la menstruation est laborieuse ; celles que ressentent encore les femmes après l'accouchement, lorsque c'est le placenta ou quelques caillots qui se présentent à l'orifice interne de l'utérus, et chez celles qui ont une affection morbide de l'organe, si ce n'est à la sensibilité particulière dont la portion postérieure de cet orifice est douée, chez celles qui éprouvent les *douleurs de reins* dans tous ces cas ?

Quoi qu'il en soit, c'est d'après cette opinion que nous nous sommes déterminée à ouvrir les membranes chez plusieurs femmes éminemment nerveuses, cruellement tourmentées de ces douleurs, que n'avaient pu calmer ni l'usage des frictions sèches sur la région douloureuse, ni la ceinture recommandée en pareil cas. Chez ces femmes, les douleurs de reins ont cessé, comme par enchantement, après la rupture artificielle des membranes (1). Quoique l'orifice n'eût environ que quinze lignes de diamètre, le travail s'est fait promptement, sans qu'aucune plainte ne se soit renouvelée de la part des malades, qui, l'une et l'autre, étaient mères pour la première fois.

Cependant quelques faits ne suffisent pas pour établir le précepte de rompre les membranes dans tous les cas de cette nature. Nous ne les avons rapportés, ainsi que les remarques qui les précèdent, que pour les soumettre à

. . . .

(1) C'est encore ce que nous avons rencontré depuis la 3e édition de cet ouvrage, dans des cas où tout semblait indiquer la nécessité d'opérer la version.

l'examen de gens plus habiles que nous, entre les mains de qui cet ouvrage pourra tomber.

Nous terminerons donc cette section, déjà trop longue peut-être, en répétant que la rupture artificielle des membranes exige la plus grande circonspection, et qu'à moins que la femme ne soit menacée de convulsions, comme celles que nous venons de citer, il faut se borner à encourager la malade; à frictionner avec les mains ou avec des linges chauds la région du sacrum; à placer sous les reins une serviette pliée en trois sur sa longueur, et tenue à chaque extrémité par deux personnes qui soulèveront le siége pendant la douleur, et avoir recours aux moyens recommandés *section* IV de ce chapitre.

SECTION XI.

De l'Obliquité de l'Utérus.

L'obliquité de l'utérus doit être considérée comme une disposition naturelle, nécessaire, de l'organe, puisqu'on la rencontre presque constamment. Nous avons dit à quelle cause on pourrait l'attribuer; mais si l'on veut faire attention à la situation ordinaire du fœtus, à la présentation oblique du sommet de la tête, lors du travail de l'accouchement; à la situation des fesses du fœtus, sous l'un des centres de contraction qui se trouvent de chaque côté du fond de l'utérus, on conviendra que l'obliquité *latérale* est plutôt favorable que nuisible à l'éduction du fœtus, comme on le croit généralement. Cependant, lorsqu'elle est trop considérable, elle peut être un obstacle aux progrès du travail de l'accouchement, parce que plus l'axe de l'utérus est éloigné de celui du détroit abdominal, plus aussi les forces expultrices se divisent et s'affaiblissent.

C'est ce que nous avons remarqué dans plusieurs cas d'obésité considérable. L'excessif embonpoint détermine

cette espèce de déplacement de l'utérus. La masse intestinale surchargée de graisse présente un volume et une pesanteur qui détermine de bonne heure l'abaissement total de l'utérus, et plus tard sa direction latérale opposée à celle où se trouve situé l'organe de l'incubation. Le poids et le volume des intestins augmentant à chaque repas, l'utérus continue de se développer dans la situation où il se trouve déjeté, et pour ainsi dire fixé par les autres viscères qui l'avoisinent et l'accablent de leur poids.

Si à cette disposition de la masse intestinale on joint l'habitude d'un décubitus sur le côté incliné de l'utérus et la compression de la taille au moyen d'un corset, il en résultera nécessairement un nouvel obstacle au rétablissement de l'utérus dans la situation favorable à l'éduction de l'enfant à travers la cavité pelvienne.

Ainsi, pour ramener l'axe de l'utérus plus près du centre du bassin, il faut faire coucher la femme du côté opposé à l'obliquité. Dans la projection antérieure du fond de l'utérus, on fera coucher la femme sur le dos, de manière que le bassin soit plus élevé que la poitrine. Avec les mains, ou avec une large ceinture, on maintiendra le fond de l'utérus, le plus possible, rapproché de la région épigastrique (1).

---

(1) Il ne paraît pas que les praticiens anglais, même ceux d'aujourd'hui, attachent une grande importance à la direction de l'axe de l'utérus, puisque, dans tous les cas d'accouchemens naturels, manuels ou laborieux, la femme en travail est toujours couchée sur le côté gauche. Cependant cette méthode, adoptée par les accoucheurs anglais pour s'accommoder aux sentimens de pudeur de leurs clientes, doit avoir de l'inconvénient en beaucoup de cas; et ce qui le prouve, ce sont les nombreux accouchemens difficiles que d'habiles accoucheurs comptent dans leur pratique.

SECTION XII.

Des Crampes.

Les crampes, espèce de contraction spasmodique des muscles des membres inférieurs, étant occasionnées par la pression qu'exerce la tête sur les nerfs sacrés, on se bornera, pour tranquilliser la femme, à faire des frictions sèches ou avec un liniment laudanisé; un cataplasme chaud appliqué sur le jarret du membre affecté; pendant ce temps, la tête s'avance et les crampes disparaissent.

ACCOUCHEMENS NATURELS.

L'enfant présentant les PIEDS, *les* GENOUX *et les* FESSES *à l'orifice de l'utérus.*

Considérations générales.

Les anciens considéraient la présentation des pieds ou des fesses comme dangereuse pour la mère et pour l'enfant; mais, depuis que le mécanisme de ces sortes d'accouchemens a été mieux observé, mieux connu, on n'a plus hésité à ranger ces cas au nombre des accouchemens naturels. En effet, lorsque les parties de la mère ont toutes les dispositions convenables pour laisser passer un fœtus d'un volume ordinaire, le plus souvent l'expulsion s'en fait facilement. L'autorité que nous citerons toujours de préférence à toute autre, parce qu'elle ne peut mentir à plus de cent témoins des faits qui se présentent dans sa pratique journalière, l'hospice de la Maternité, prouve que, sur 611 présentations des pieds, des genoux et des fesses, 567 enfans sont nés naturellement : 44 seulement ont eu besoin des secours de l'art; dans la plupart de ces derniers cas, le travail était accompagné d'accidens graves.

Mais ces espèces d'accouchemens qui, entre des mains prudentes, sont si souvent heureux, peuvent devenir très-funestes entre des mains ignorantes et téméraires, impatientes d'agir quand il ne faut qu'attendre et observer.

Dans les cas de présentation des pieds, des fesses et des genoux, le travail de l'accouchement est généralement beaucoup plus long que dans les cas de positions occipito-cotyloïdiennes de la tête; si l'on veut mal à propos en abréger la durée, on rend l'accouchement très-difficile.

Lorsque c'est l'extrémité pelvienne du tronc du fœtus qui se présente, les contractions de l'utérus se décomposent sur la tête mobile du fœtus, qui d'ailleurs offre une moins large prise que les fesses, lorsque ce sont elles qui sont au fond de cet organe; les contractions agissent donc faiblement sur l'orifice utérin et sur la partie qui s'y présente, surtout si ce sont les pieds; alors la poche membraneuse, au lieu d'offrir une tumeur large, arrondie, solide pendant la contraction, se présente souvent sous une forme allongée, irrégulière qui, ainsi que les pieds, parties grêles, contribuent faiblement à l'agrandissement de l'orifice. Ce n'est pas que la forme de la poche de l'eau dépende de celle des parties de l'enfant qui se présentent à son orifice; mais, dans les cas de présentation des pieds, il se trouve une plus grande portion de membrane séparée, et l'eau s'y glisse plutôt et plus facilement que quand c'est la tête qui se présente en bonne position. Les membranes s'engagent de bonne heure dans l'orifice et s'allongent sous forme de boudin. Mais, si l'on tente d'extraire les extrémités, la dilatation forcée que l'on fait éprouver à l'orifice n'en rend que plus difficile et plus dangereuse l'extraction du reste du tronc et de la tête; l'orifice interne est plus disposé à se resserrer spasmodiquement

sur le cou de l'enfant; la tête est plus exposée, en prenant une mauvaise direction, à se trouver arrêtée sur un des bords du détroit ou sur un des points de la cavité du bassin.

Lorsque c'est la tête qui s'est présentée à l'orifice, elle n'a pas plutôt franchi la vulve, que l'enfant peut respirer librement : qu'importerait dans ce cas la compression du cordon ombilical? Mais il n'en est pas de même lorsque c'est la tête qui doit sortir la dernière; la respiration ne saurait avoir lieu; c'est de la liberté ou de la compression des vaisseaux ombilicaux que dépend la vie ou la mort de l'enfant.

Il semblerait donc que l'on dût se hâter d'extraire promptement l'enfant dans tous les cas de présentation des extrémités inférieures; nous nous garderons bien de donner un semblable conseil: il faut, au contraire, laisser faire la nature; quoiqu'elle agisse lentement, elle dispose les parties de la mère à se dilater, à se prêter au passage du tronc et de la tête: l'expulsion en sera d'autant plus facile, que l'on aura moins violenté l'orifice par une dilatation prompte et prématurée; il n'y a que des accidens graves, tels qu'une hémorrhagie abondante, des convulsions, l'atonie de l'utérus, qui doivent déterminer à prendre le parti de l'extraction; encore, dans ce dernier cas, ne doit-elle être que partielle.

Ayant été appelée plusieurs fois pour remédier aux accidens qui résultent de l'inobservation des préceptes recommandés dans les cas de présentations des extrémités pelviennes de l'enfant, nous croyons de notre devoir de les signaler de nouveau à l'attention des jeunes praticiens et praticiennes.

La difficulté que présente quelquefois à s'engager la portion pelvienne du tronc, dépend le plus souvent de la position en supination, ou sur le dos, de la part de la

femme en travail, sur un lit mou, où son siège se trouve plus enfoncé que ses épaules.

Dans ce cas, la marche du fœtus ne se trouve pas en rapport de position avec la main de la personne chargée de diriger l'accouchement; le siége de la femme, pour être libre, doit être situé sur le bord d'un lit plus élevé et plus solide que les autres parties de la couche puerpérale. Autrement, si on laisse l'enfant s'engager dans la position où se trouve ordinairement la femme, une fois engagé dans une mauvaise direction, il devient difficile et quelquefois même impossible de ramener l'enfant à une situation plus convenable, avant qu'il ait péri dans les manœuvres maladroites pratiquées pour son extraction.

Ainsi, aussitôt qu'on a reconnu que ce sont les pieds, les genoux ou les fesses, ou toute autre partie que la tête qui se présente, il faut faire placer la femme sur le bord de son lit avec toutes les précautions recommandées dans les cas qui nécessitent la version de l'enfant, afin de pouvoir faciliter la marche du tronc du fœtus et surtout celle de la tête qui est exposée à être retenue sur un des points de la cavité du bassin. (*Voyez Accouchement manuel.*)

Nous supposons donc que c'est l'extrémité pelvienne du fœtus qui se présente et que l'accoucheur ou l'accoucheuse a observé la condition importante que nous venons de recommander; nous allons maintenant procéder à la description de la marche naturelle de ces sortes d'accouchemens.

ARTICLE III.

Accouchemens naturels, l'enfant présentant les Pieds.

Les pieds peuvent se présenter au détroit abdominal de quatre manières différentes : de là, quatre espèces de positions : dans la première, les talons sont situés derrière la cavité cotyloïde gauche ; la deuxième position étant l'inverse de la première, les talons sont derrière la cavité cotyloïde droite ; dans la troisième espèce, les talons sont derrière les pubis; et dans la quatrième, les talons sont au devant du sacrum.

Signes de la présence des Pieds à l'orifice de l'utérus.

Si l'orifice est ouvert, on sent à travers les membranes un ou deux petits corps oblongs et mobiles; mais, quand la poche membraneuse est rompue, on reconnaît distinctement le pied à sa forme arrondie, aux orteils courts et rapprochés les uns des autres sur une même ligne, enfin à l'articulation du pied, au talon et aux malléoles : avec un peu d'attention, on ne saurait confondre cette partie avec la main, qui est beaucoup plus aplatie, plus souple, dont les doigts, plus allongés, sont aussi plus séparés les uns des autres, surtout le pouce.

PREMIÈRE ESPÈCE DE POSITION DES PIEDS.

(Sur 20,517 naissances, 254 présentations des pieds, 133 de la première espèce.)

L'enfant dans cette position est, pour ainsi dire, assis sur le bord antérieur et latéral gauche du bassin ; les cuisses étant fléchies sur la face sternale, ses pieds répondent au centre du bassin ; les talons sont situés der-

rière la cavité cotyloïde gauche ; les orteils regardent la symphyse sacro-iliaque droite ; le dos répond au côté gauche antérieur de l'abdomen de la mère ; la tête est au fond de l'utérus. (*Voyez Pl.* 30.)

Expulsion spontanée.

Les pieds sont ordinairement poussés par les fesses, sur lesquelles ils sont appuyés ; ils s'engagent dans l'orifice, puis dans le vagin, en conservant leur situation oblique ; les fesses suivent la même direction pour pénétrer dans le détroit abdominal : la hanche droite passe au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et la hanche gauche derrière la cavité cotyloïde droite.

La hanche droite continue de descendre au devant de l'échancrure sacro-iskiatique gauche, puis se contourne légèrement pour se loger dans la courbure du sacrum. La hanche gauche s'approche en devant et remonte derrière les pubis ; la hanche droite continue de glisser sur les plans inclinés postérieurs et inférieurs du bassin, puis sur l'angle inférieur du périnée, et sort la première ; pendant que sort la hanche droite, la hanche gauche se contourne sous le bord inférieur des pubis et sort à son tour. Lorsque les fesses ont franchi la vulve, elles se relèvent vers l'aine gauche de la mère ; le côté droit du tronc décrit une courbure pour suivre la direction qu'a prise la hanche droite ; les bras sont relevés de chaque côté de la tête ; le haut du tronc pénètre aussi dans le détroit abdominal ; l'épaule droite s'engage de la même manière que s'est engagée la hanche droite : elle descend au devant de l'échancrure iskiatique gauche, puis se contourne pour passer dans la courbure du sacrum. Le bras droit descend sur le côté droit de la tête, et l'avant-bras se place au devant de la face, qui est située à droite, et en arrière du bassin ; l'épaule gauche, qui était derrière le

trou ovalaire droit, remonte derrière les pubis, où elle reste appuyée, pendant que l'épaule droite parcourt le sacrum, le coccix et le périnée, et qu'elle franchit, ainsi que le bras, la commissure inférieure de la vulve; l'épaule gauche descend ensuite de derrière les pubis : et le bras, puis l'avant-bras, se dégagent successivement.

La tête se présente également dans un sens oblique, en conservant sa situation naturelle avec le tronc de l'enfant; la face est située au devant de l'échancrure sacro-iskiatique droite; l'occiput derrière la cavité cotyloïde gauche; le menton descend le premier; la face passe dans la courbure du sacrum, et l'occiput remonte du trou ovalaire gauche jusque derrière les pubis. La face glisse sur le plan courbe du détroit périnéal; le menton s'avance sur le bord antérieur du périnée; la bouche, le nez, les yeux et le front, se dégagent successivement, puis le sommet et l'occiput qui sortent les derniers.

EXPULSION AIDÉE DE LA MAIN.

Lorsque quelque accident grave exige les secours de l'art pour hâter la sortie de l'enfant, on imitera la marche de la nature, lorsqu'elle agit seule.

Premier temps de la première position des Pieds.

Dégagement des pieds.

On va chercher les deux pieds que l'on amène à la vulve; on les saisit avec les deux mains garnies d'un linge sec et doux, pour les empêcher de glisser dans les doigts, ou l'on y applique un lac que l'on forme de cette manière.

On prend un ruban de fil d'environ une aune de lon-

gueur et d'un pouce de largeur : on le plie en deux parties égales ; on passe les deux bouts, ou chefs de ruban, dans l'anneau formé par le pli du milieu ; on enfile dans ce lac l'extrémité des doigts de la main qui doit saisir le pied ; de l'autre main qui est libre, on fait glisser le lac, puis on le pousse sur le pied de l'enfant jusqu'au-dessus des malléoles : on tire les deux bouts du cordon ; on serre le lac assez pour qu'il ne s'échappe pas. (*Voyez* pl. 32.)

Deuxième temps de la première position des Pieds.

Dégagement des jambes.

On tire sur l'un ou les deux pieds avec le lac jusqu'à ce que, parvenus à la vulve, on puisse les saisir avec les mains ; on continue de faire des tractions sur les pieds selon l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire, de haut en bas et de devant en arrière, en faisant glisser la jambe droite sur l'angle inférieur de la vulve, afin de déterminer la hanche de ce côté à glisser au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et la hanche gauche derrière la cavité cotyloïde droite. (*Voyez* pl. 34.)

Troisième temps de la première position des Pieds.

Dégagement des fesses.

A mesure que les extrémités s'avancent au dehors, on rapproche les mains, garnies de linge, vers les parties de l'enfant qui avoisinent la vulve ; on fait les tractions toujours de haut en bas, en dirigeant la hanche droite vers le sacrum, et la hanche gauche derrière les pubis. (*Voyez* pl. 36.)

Quatrième temps de la première position des Pieds.

Dégagement des hanches.

Lorsque les fesses s'avancent à la vulve, on dégage la

hanche gauche la première, en tirant de derrière en devant et de bas en haut; après qu'elle est sortie, on tire de haut en bas, et de devant en arrière, pour faire glisser la hanche droite de derrière le pubis; lorsque les hanches sont dégagées, le dos de l'enfant se trouve situé derrière la paroi cotyloïdienne gauche. (*Voyez* pl. 38.)

Cinquième temps de la première position des Pieds.

Dégagement du tronc.

On applique le linge sur les hanches que l'on embrasse des deux mains, de manière que les deux pouces se croisent sur le sacrum de l'enfant; on continue de faire des tractions selon l'axe du détroit abdominal, en imitant la nature lorsqu'elle agit seule; pour éviter le tiraillement du cordon ombilical, on en forme une anse en tirant avec ménagement sur la portion intérieure.

Si le cordon offrait de la résistance, soit à cause de sa brièveté naturelle, ou parce qu'il se trouverait tortillé autour de quelques parties de l'enfant, il faudrait couper le cordon, et froisser avec les doigts l'extrémité de la portion du côté de l'enfant, afin d'oblitérer l'orifice des vaisseaux; dans ce cas, il faut se hâter de terminer l'accouchement.

On fera descendre la poitrine et les épaules de l'enfant, en tirant sur l'extrémité du tronc que l'on dirige d'abord vers l'aine droite de la mère (de 1 vers 1), puis en le portant de ce point vers la fesse gauche (2), et alternativement de cette manière, afin de déterminer les épaules à s'engager obliquement au détroit abdominal. (*Voyez* pl. 40.)

Sixième temps de la première position des Pieds.

Dégagement de l'épaule droite.

On soutient le tronc de l'enfant sur l'avant-bras et sur

la main gauche, et tandis qu'on le tient élevé vers l'aine droite de la mère, on introduit la main droite entre le dos de l'enfant et le côté gauche du bassin, pour s'assurer de la situation des épaules; lorsqu'elles ne paraissent pas disposées à s'engager, on passe le pouce sur l'épaule droite de l'enfant pour l'abaisser; on glisse ensuite le pouce sous l'aisselle, puis on l'étend le long de la face interne du bras, pour lui servir d'attelle, et afin de prévenir la rupture de ce membre. De l'index de la même main, on accroche le pli du coude, en même temps que l'on fait fléchir l'avant-bras sur le bras: on le fait descendre ainsi sur le côté de la poitrine; on déploie l'avant-bras que l'on fait passer au devant de la face sternale de l'enfant. (*Voyez* pl. 42.)

Septième temps de la première position des Pieds.

Dégagement de l'épaule gauche.

De la main droite, on s'empare du tronc de l'enfant que l'on soutient, de manière que les doigts, allongés et écartés, embrassent toute la poitrine jusqu'au devant du cou, et que le reste du tronc soit couché sur l'avant-bras. Le corps de l'enfant ainsi soutenu, on l'abaisse vers la face postérieure de la cuisse gauche de la mère, afin d'avoir plus de facilité à dégager l'autre bras.

On introduit la main gauche (5) sous la symphyse des pubis où est situé le bras gauche de l'enfant (6); on passe le pouce sous l'aisselle; on le tient allongé le long de la face interne du bras; on passe l'extrémité des autres doigts sur l'épaule; de là, sur le bras, que l'on abaisse du côté droit du bassin, sur le côté de l'enfant, puis on fait passer l'avant-bras au devant de la poitrine.

Dans le cas où le bras se trouverait placé derrière le cou de l'enfant, il faudrait repousser la tête, et, avec l'index, faire passer l'avant-bras par dessus l'occiput, le sommet, puis le faire passer au devant du front et de la face; en-

suite, accrocher le pli du coude pour abaisser le bras sur le côté de la poitrine, et l'avant-bras au devant du sternum. (*Voyez* pl. 44.)

Huitième temps de la première position des Pieds.

Redressement de la tête.

Les deux bras étant dégagés, et placés de chaque côté de la poitrine, on les maintiendra dans cette situation au moyen de la main qui soutient le tronc de l'enfant.

La tête est encore dans l'utérus : que l'on se garde bien de tirer sur les épaules pour la faire descendre avant de s'être assuré si l'orifice de l'utérus ne s'est point resserré sur le cou de l'enfant (ce qui arrive dans ce cas beaucoup plus souvent que l'on ne pense), et si le menton n'est pas retenu soit en arrière ou sur le côté droit du bassin : on soutient donc le tronc sur l'avant-bras gauche : on glisse l'extrémité des doigts de la main droite entre le devant du cou et le bord antérieur du périnée, jusque dans l'orifice utérin ; s'il est contracté, on le dilate en y introduisant les doigts successivement jusqu'à ce que la main y ait pénétré tout entière, et de manière que, pendant l'introduction, on écarte le bord postérieur de l'orifice du devant du cou de l'enfant (1). La main introduite examine la situation de la tête ; si le menton, le nez ou le front est retenu sur la saillie du sacrum, on embrasse la mâchoire inférieure, ou toute la face, en passant l'extrémité des doigts sur la joue gauche de l'enfant : on retire la main, de droite à gauche du bassin, pour ramener la face dans la courbure du sacrum. Si l'on ne parvient promptement à changer la situation de la tête, on accroche la mâchoire

(1) Ce précepte, établi par *Viardel* (page 191), est peut-être trop négligé.

inférieure avec deux doigts ; en même temps qu'elle offre un point d'appui pour diriger plus sûrement la tête, la bouche de l'enfant, plus rapprochée du dehors, permet à l'air de s'y introduire, de pénétrer dans les poumons, et la compression du cordon ombilical devient moins dangereuse. (*Voyez* pl. 46.)

Neuvième temps de la première position des Pieds.

Dégagement de la face.

On continue de soutenir le tronc sur l'avant-bras gauche, la main placée au devant du cou de l'enfant, les doigts étendus et appliqués sur la mâchoire supérieure, que l'on presse de haut en bas pour maintenir le menton rapproché de la poitrine. On porte la main droite sur les épaules de manière que l'extrémité des doigts soit appliquée sur la base de l'occiput ; ainsi, tandis que la main droite pousse l'occiput de dehors en dedans, la main gauche attire le bas de la face de dedans en dehors, et de bas en haut, pour déterminer le menton à franchir le bord antérieur du périnée. (*Voyez* pl. 43.)

Dixième temps de la première position des Pieds.

Dégagement du sommet.

Par les tractions que l'on a faites sur la tête, le menton, la bouche, le nez, les yeux et le front ont passé successivement au devant de la commissure inférieure de la vulve ; mais, lorsque le front commence à paraître, de la main droite on accroche les épaules, en passant un doigt de chaque côté du cou ; de l'autre main on soutient le périnée, en pressant de l'anus vers les pubis, c'est-à-dire, dans la direction du diamètre cocci-pubien, (de A vers A), afin de favoriser la sortie de la tête et de prévenir la rupture du périnée. A mesure que le front,

la fontanelle frontale, la commissure médiane se dégagent, on relève le tronc de l'enfant vers l'abdomen de la mère, l'occiput sort le dernier, l'accouchement est terminé.

(Pour l'application du forceps, *voyez* pl. 140 et suiv.)

DEUXIÈME POSITION DES PIEDS.

(Sur 20,517 naissances, 234 représentations des pieds, 86 de cette espèce.)

L'enfant, dans cette position, ainsi que dans la position précédente, a la tête située au fond de l'utérus qui est incliné à gauche; les pieds et les fesses sont en bas; mais dans celle-ci les talons sont derrière la cavité cotyloïde droite. Au dessus du bassin, du même côté, sont les lombes et le dos; à gauche et en arrière de l'utérus se trouve la face sternale du fœtus, les genoux, et plus bas, dans la même direction, les orteils qui sont au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. (*Voyez* pl. 31.)

Accouchement par expulsion spontanée.

Les pieds et les jambes s'engagent obliquement dans le bassin et dans l'orifice de l'utérus, ainsi que les hanches.

La hanche gauche descend au devant de la symphyse sacro-iliaque droite : elle gagne la courbure du sacrum; la hanche droite, qui était située derrière la cavité cotyloïde gauche, remonte derrière les pubis; la hanche gauche sort la première; la hanche droite glisse derrière les pubis et s'engage sous l'arcade; les fesses franchissent la vulve; les lombes de l'enfant se relèvent vers l'aine droite de la mère; le côté gauche parcourt la courbure du sacrum; les épaules s'engagent obliquement au détroit supérieur; l'épaule gauche passe au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, comme l'a fait la hanche

du même côté : elle se contourne pour arriver dans la courbure du sacrum ; l'épaule droite remonte de derrière la cavité cotyloïde droite où elle était, et vient se placer derrière les pubis ; l'épaule gauche s'avance, et se dégage, de derrière le périnée ; l'épaule droite descend de derrière les pubis et s'engage sous l'arcade : la face descend au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche ; la tête se contourne, la face se trouve placée au devant du sacrum, et l'occiput remonte de droite en devant derrière les pubis ; le menton, la face, le sommet, se dégagent de derrière le périnée, comme dans la première position des pieds.

Expulsion aidée de la main.

Lorsque les pieds ne sont point assez engagés pour pouvoir les saisir avec les mains, on applique le lac, comme il est indiqué pour la première position des pieds.

Premier temps de la deuxième position des Pieds.

Dégagement des pieds.

Si le siége s'engageait en même temps que les pieds, on les repousserait sur la fosse iliaque droite, tandis que de la main droite on ferait des tractions sur les extrémités. (*Voyez* pl. 31.)

Deuxième temps de la seconde position des Pieds.

Dégagement des cuisses.

Engager la première, la hanche gauche ; la faire glisser au devant de la symphyse sacro-iliaque droite ; diriger la hanche droite derrière la cavité cotyloïde gauche. (*Voyez* pl. 35.)

*Troisième temps de la deuxième position des **Pieds**.*

Dégagement des hanches.

Continuer de faire des tractions sur le membre gauche, de devant en arrière, pour faire passer la hanche de ce côté dans la cavité du sacrum ; la hanche droite remontera vers la paroi antérieure gauche du bassin, pour s'arrêter derrière les pubis. (*Voyez* pl. 37.)

*Quatrième temps de la deuxième position des **Pieds**.*

Dégagement de la hanche.

Faire des tractions de derrière en devant, et de bas en haut, pour faire glisser la hanche gauche sur la courbure du sacrum du coccix et du périnée : pendant qu'elle franchit la vulve, la hanche droite se contourne sur le bord inférieur des pubis. (*Voyez* pl. 39.)

*Cinquième temps de la deuxième position des **Pieds**.*

Dégagement du tronc.

Il faut faire des tractions obliques sur le tronc, en dirigeant la hanche droite de l'enfant vers l'aine gauche de la mère, et alternativement vers la fesse droite, afin de faire prendre aux épaules une situation diagonale à l'égard du détroit supérieur. (*Voyez* pl. 41.)

*Sixième temps de la deuxième position des **Pieds**.*

Dégagement de l'épaule gauche.

L'épaule gauche est située au devant de la symphyse sacro-iliaque droite; l'épaule droite, derrière la cavité cotyloïde gauche. On introduit la main gauche du côté droit du bassin ; on applique assez fortement le pouce sur l'épaule gauche, qui est en arrière, pour l'abaisser d'abord; puis on repasse le pouce en dessous, et on le tient étendu

selon la longueur du bras, pendant qu'avec l'extrémité des autres doigts, on abaisse le bras sur le côté gauche de l'enfant, et l'avant-bras, au devant de la poitrine. (*Voyez* pl. 43.)

Septième temps de la deuxième position des Pieds.

Dégagement de l'épaule droite.

On dégage le bras droit au moyen de plusieurs doigts de la main droite que l'on glisse derrière les pubis, tandis que, sur l'avant-bras gauche, on soutient le tronc de l'enfant que l'on porte vers la face postérieure de la cuisse droite de la femme; on abaisse le bras droit sur le côté droit de l'enfant. (*Voyez* pl. 45.)

Huitième temps de la deuxième position des Pieds.

Redressement de la tête.

Quand le diamètre occipito-frontal se présente au diamètre transverse du détroit inférieur, l'occiput à droite, et la face à gauche du bassin, on introduit la main gauche sous le côté gauche de la tête, qui répond au sacrum, de manière que l'extrémité des doigts soit appliquée sur la joue droite de l'enfant; la main, en se retirant de gauche à droite du bassin, entraîne la face dans la courbure du sacrum; ou on lui imprime cette direction, en se saisissant de la mâchoire inférieure, au moyen de deux doigts appliqués en forme de crochets. (*Voyez* pl. 47.)

Neuvième et dixième temps de la deuxième position des Pieds.

Dégagement de la face et du sommet.

On soutient le tronc sur l'avant-bras gauche; on porte plusieurs doigts de la même main sur la mâchoire supérieure de l'enfant, pour rapprocher le menton de la poi-

trine : avec l'extrémité des doigts de la main droite, que l'on a appliquée sur les épaules, on pousse sur l'occiput; par ce double mouvement d'attraction et de répulsion, le menton, la face, le sommet se dégagent successivement de derrière le périnée; on relève le tronc vers l'abdomen de la mère, pour achever la sortie de la tête. (*Voyez* pl. 49.)

(Pour l'extraction de la tête avec le forceps, *voyez* pl. 140 et suiv.)

TROISIÈME POSITION DES PIEDS.

(Sur 20,517 naissances, 234 présentations des pieds, 7 exemples de cette espèce.)

L'enfant est situé de manière que les talons répondent aux pubis; les lombes et le dos à la paroi antérieure de l'utérus; la tête est sous le fond de cet organe; la face sternale est en arrière, ainsi que les orteils, qui regardent le sacrum. (*Voyez* pl. 50.)

Si le bassin était resserré dans son diamètre sacro-pubien, il faudrait favoriser la sortie de la tête dans la situation où elle se présente. On ferait passer les hanches et les épaules selon le diamètre transverse du détroit abdominal; et, après avoir dégagé les bras, on dirigerait les épaules de manière que l'une d'elles descendît dans la courbure du sacrum, et que l'autre remontât derrière les pubis; on ferait sortir la première celle qui répondrait au sacrum.

Il faudrait aussi que, dans le cas de resserrement du bassin, la tête présentât son diamètre occipito-frontal au diamètre transverse du bassin, et qu'à son arrivée dans l'excavation, on dirigeât la face dans la courbure du sacrum, pour faire avancer le menton sur le bord antérieur du périnée. Si l'on n'avait pu opérer avec la main le changement de situation de la tête, il faudrait appliquer le forceps. (*Voyez* pl. 140 et suiv.)

Mais lorsque le bassin a les dimensions convenables, on dirige le tronc comme il est indiqué pour la première ou la deuxième position des pieds. (*Voyez* ces positions et tous leurs temps.)

QUATRIÈME POSITION DES PIEDS.

(Sur 20,517 naissances, 124 présentations des pieds, 6 exemples de cette espèce.)

Les talons de l'enfant sont situés au-devant du sacrum, les orteils regardent les pubis; la face sternale de l'enfant répond à la paroi antérieure de l'utérus, la face dorsale répond à la paroi postérieure de cet organe; la tête en occupe le fond. (*Voyez* pl. 51.)

On dirige les extrémités, le tronc et la tête de l'enfant, comme dans le cas d'une des deux espèces de présentation des pieds, c'est-à-dire de manière à ramener le devant du corps de l'enfant, et par suite la face, vers l'une ou l'autre des symphises sacro-iliaques.

Si malgré les précautions prises pour imprimer au tronc cette situation avantageuse à sa sortie, il persistait à s'engager en suivant sa première direction; ou bien, si l'on était appelé auprès d'une femme dont le travail serait déjà avancé, soit qu'elle eût été sans secours, ou qu'elle fût entre les mains d'une personne ignorante, qui aurait engagé le tronc à un degré plus ou moins considérable, il faudrait commencer par en changer la direction. Partant de la supposition de trois degrés de la sortie du corps de l'enfant, d'après la méthode de *Baudelocque*, nous diviserons le mode opératoire *en trois temps*.

Premier temps de la quatrième position des Pieds.

Les pieds ont franchi l'orifice de l'utérus : on les saisit de l'une ou l'autre main, et on les dirige obliquement de manière à faire passer une des surfaces latérales du fœtus

au-devant d'une des symphyses sacro-iliaques, comme dans la première ou la deuxième position des pieds. (*Voyez* pl. 31 et 43.)

Deuxième temps de la quatrième position des Pieds.

Lorsque les jambes ont franchi la vulve, et qu'on n'a pu donner aux hanches une situation oblique, le sacrum de l'enfant se trouve, pour ainsi dire, logé dans la courbure de celui de la mère. Il faut introduire les quatre doigts de chaque main le plus profondément possible, de manière à pouvoir embrasser étroitement la partie inférieure du tronc de l'enfant.

Si c'est la main droite que l'on a placée sur les pubis et la gauche sur le sacrum de l'enfant, on dirigera le devant du tronc à gauche de la femme. (*Voyez* pl. 52.) Pendant l'intervalle des contractions, on repoussera les fesses, comme pour les faire remonter au-dessus du détroit abdominal; et aussitôt que les contractions s'annonceront, il faudra faire des tractions de haut en bas, et de devant à gauche de la mère, pour diriger la hanche gauche de l'enfant dans la courbure du sacrum, et la hanche droite derrière les pubis. Le tronc serait alors situé comme dans le cinquième temps de la deuxième position des pieds. (*Voyez* pl. 41.) Il faudrait alors achever l'extraction comme il est recommandé dans ce cas.

Troisième temps de la quatrième position des Pieds.

Le tronc a-t-il été amené, ou l'a-t-on trouvé dehors? n'y a-t-il plus que la tête qui soit restée dans l'utérus? Il faut d'abord s'assurer de sa situation : l'occiput est resté appuyé sur l'angle sacro-vertébral, où il s'est logé dans l'une ou l'autre gouttière formée par la saillie de cet angle. On aura d'abord l'attention de mettre le tronc en

rapport avec la tête, afin d'éviter la torsion du cou le l'enfant.

La personne qui opère, placera une main (on suppose a droite) sur le sternum de l'enfant, et l'autre main (la gauche) sur la face dorsale près du cou, tenant l'extrémité les doigts appliquée sur l'occiput. La poitrine ainsi saisie entre les deux mains, on fait un mouvement de répulsion qui tende à faire remonter l'occiput au-dessus du détroit abdominal (1) (*voyez* pl. 53); ensuite on dirige les doigts le la main gauche jusque sur le côté gauche de la tête, pour embrasser l'occiput et l'entraîner, d'abord au-devant le la symphyse sacro-iliaque droite, si elle n'y était déjà, puis vers la base de l'ilium, puis enfin derrière la paroi otyloïdienne du même côté. On aurait l'attention de faire uivre au tronc la direction que l'on ferait prendre à la ête : elle serait située alors comme dans les derniers temps e la deuxième position des pieds. (*Voyez* pl. 43.) On ramènerait la face dans la courbure du sacrum, et on terminerait l'extraction de la tête comme il est dit pour les erniers temps de la première et de la deuxième position es pieds. (*Voyez* pl. 48 et 49.)

Dans le cas où la tête n'aurait pas suivi la marche qu'on voulu lui faire prendre, il faudrait appliquer le forceps. ette opération présente peu de difficulté chez les femmes ui ont déjà eu des enfans ; mais elle en offre d'insurmonbles chez celles dont le périnée est intact. (*Voy.* pl. 143.)

---

(1) Ce mouvement de répulsion, blâmé par quelques-uns, est en plus facile à opérer, lorsque le tronc de l'enfant est hors de utérus, que lorsqu'il y est contenu, et qu'il faut repousser la tête, uand c'est elle qui se présente, pour aller chercher les pieds, rtout lorsque les eaux sont écoulées depuis long-temps.

ARTICLE IV.

Accouchemens naturels, l'enfant présentant les Genoux.

(Sur 20,517 naissances, 4 exemples seulement.)

La présentation des genoux n'étant qu'une variété de celle des pieds, les rapports de l'enfant avec l'utérus et le bassin sont à peu près les mêmes, ainsi que les procédés opératoires dans chacune des quatre positions qui répondent à celles des pieds.

Signes de la présence des Genoux.

Si l'on a quelquefois pris le genou pour le coude, c'est que l'on n'a pas fait attention à l'étendue de ces extrémités, à l'éminence arrondie, à la mobilité des rotules; car le coude offre une saillie aiguë et immobile. On peut d'ailleurs porter un doigt jusqu'à l'articulation supérieure du membre qui se présente : on reconnaîtra en même temps lorsqu'il ne s'engage qu'un seul genou, si l'autre n'est point arc-bouté sur l'un des points de la cavité du bassin.

Dans les quatre exemples que nous rapportons, l'accouchement s'est terminé naturellement; cependant, comme les auteurs ont établi des préceptes pour aider la nature dans les cas de difficultés, nous allons les indiquer succinctement.

Indications générales. Repousser les genoux vers l'abdomen de l'enfant, afin de déterminer les pieds à se rapprocher du centre du bassin.

Procédés pour la répulsion des Genoux.

Première position. Introduire la main gauche du côté droit du bassin. (*Voyez* pl. 54.)

Deuxième position. Les genoux étant situés à gauche

du bassin ; on introduit la main gauche de ce côté pour repousser ces extrémités. (*Voyez* pl. 55.)

Troisième position. Les genoux seraient situés en arrière, un de chaque côté de l'angle sacro-vertébral, on les repousserait de l'une ou de l'autre main. (*Voyez* pl. 56.)

Quatrième position. Les genoux étant situés derrière les pubis, on se servirait également de l'une ou l'autre main pour en faire la répulsion. (*Voyez* pl. 57.)

Cependant si, dans chacun de ces cas, l'un ou les deux genoux étaient déjà fort engagés dans l'excavation, si les membranes étaient rompues, il serait préférable, au lieu de tenter de repousser ces parties, de les accrocher avec un doigt introduit dans le pli du jarret pour les amener l'une après l'autre à la vulve.

On a conseillé, dans le cas où l'on ne pourrait accrocher les genoux avec un doigt, de glisser un lacs dans le pli du jarret. Mais si l'on ne peut y introduire le doigt, comment pourrait-on y introduire un lacs, à moins de porter ce lacs sur un crochet mousse ; mais alors autant vaudrait-il se servir de ce crochet pour faire descendre les genoux; le précepte qui en recommande l'usage trouverait ici son application, s'il n'était bien démontré que la main seule peut suffire dans tous ces cas.

Dans toutes ces positions, on fera l'extraction du tronc comme dans la première ou la seconde position des pieds.

ARTICLE V.

Accouchemens naturels, l'enfant présentant les Fesses.

(Sur 20,517 naissances, 373 cas de présentation des fesses.)

Cette région du fœtus est, après le sommet, celle qui se rencontre le plus fréquemment ; aussi généralement les contractions de l'utérus suffisent-elles pour opérer l'expulsion de l'enfant. Mais, indépendamment des différentes

causes qui peuvent prolonger la durée du travail, l'observation prouve que les fesses, offrant plus de volume, moins de solidité que la tête, pénètrent plus difficilement dans le bassin ; lorsqu'elles s'y engagent, les tégumens se re-broussent sur les bords de cette cavité, et y font une espèce de bourlet qui en ralentit la progression.

Signes de la présentation des Fesses.

On reconnaît la présence des fesses à une tumeur ronde, lisse, mollasse, sur laquelle se fait sentir un sillon plus ou moins profond, formé par le rapprochement des deux fesses : les parties génitales, l'anus et l'éjection du méconium, servent à faire distinguer cette partie de toute autre (1). Les tubérosités de l'iskion, la crête de l'ilium peuvent encore servir à faire reconnaître cette présentation; mais elle peut être confondue avec celle de la tête lorsque les membranes sont rompues depuis long-temps, parce qu'alors les parties se tuméfient et se durcissent au point de devenir presque méconnaissables.

Les fesses se présentent, le plus souvent, dans une situation oblique, rarement dans une situation directe ; cependant on leur a assigné quatre positions qui correspondent aux quatre positions des pieds :

Dans la première, les lombes du fœtus sont à gauche et en devant du bassin de la mère ;

Dans la deuxième, les lombes sont situées à droite et en devant de cette même cavité ;

---

(1) La couleur verdâtre des eaux n'est pas plus un signe certain de la présence des fesses que de la mort de l'enfant : l'éjection du méconium peut ne pas avoir lieu, quoique l'enfant présente les fesses, comme dans le cas d'imperforation de l'anus, vice de conformation assez fréquent.

Paul Portal a donné la figure d'un fœtus privé de l'anus et des parties sexuelles.

Dans la troisième, les lombes sont derrière les pubis de la mère;

Dans la quatrième les lombes sont en arrière.

PREMIÈRE POSITION DES FESSES.

(Sur 20,517 naissances, 575 présentations des fesses, 217 de la première espèce.)

Cette position de l'extrémité coxale du tronc du fœtus correspond à la première du sommet.

Les fesses sont situées obliquement au détroit abdominal; les lombes répondent à l'aine gauche de la mère; le dos, au-dessus, répond à la paroi latérale antérieure de l'utérus; la hanche gauche est derrière le trou sous-pubien droit; la hanche droite, au-devant de la symphyse sacro-iliaque gauche de la mère. La scissure des fesses coupe obliquement le bassin, de gauche à droite, et de devant en arrière, de sorte que l'iskion droit est au centre du bassin. La tête est sous le fond de l'utérus, qui est incliné à droite. (*Voyez* pl. 58.)

Les contractions de l'utérus agissant directement sur la hanche droite, elle descend la première au-devant de la symphyse et de l'échancrure sacro-iskiatique gauche; la hanche gauche remonte derrière le pubis droit. La hanche droite de l'enfant se contourne pour passer dans la courbure du sacrum: elle s'avance en suivant les plans inclinés du bassin, tandis que l'autre hanche reste appuyée derrière la symphyse des pubis; l'iskion de l'enfant, puis la hanche droite, franchissent le bord antérieur du périnée, tandis que la hanche gauche se contourne sur le bord inférieur des pubis et sort à son tour; les cuisses et les jambes, qui sont appliquées sur la face sternale de l'enfant, se dégagent avec le tronc.

On a conseillé, lorsque les fesses tardent trop à s'engager, l'introduction, impraticable, d'un lacs sur le pli des

aines, ou l'application, très-dangereuse, du forceps sur les hanches de l'enfant (1): l'application du crochet mousse sur le pli de l'aine qui répond au sacrum, paraîtrait mieux indiquée, si l'index d'une main ne suffisait pas pour diriger et extraire les fesses.

Lorsqu'il survient des accidens, et que les fesses n'ont point encore franchi l'orifice de l'utérus, ou bien encore lorsque le volume considérable de l'enfant s'oppose à la progression des fesses, il faut, de la main gauche, les repousser sur la fosse iliaque gauche, suivre la cuisse et la jambe droite de l'enfant jusqu'au pied, que l'on engage comme dans la première position des pieds. (*Voyez* cette position et tous ses temps.)

DEUXIÈME POSITION DES FESSES.

(Sur 20,517 naissances, 275 présentations des fesses, 140 de cette espèce.)

Correspondante à la deuxième position du sommet, cette situation des fesses est telle, que les lombes sont derrière la cavité cotyloïde droite; la face postérieure des cuisses, au-devant de la paroi postérieure et latérale gauche du bassin; la hanche droite répond à l'aine gauche de la mère; la hanche gauche, au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; la scissure des fesses traverse obliquement la cavité du bassin, de droite à gauche, et d'avant en arrière: la face dorsale de l'enfant répond à la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus; la face sternale, du côté opposé et en arrière: la tête est sous le fond de l'utérus, qui est incliné à gauche. (*Voyez* pl. 59.)

L'axe de l'utérus, passant de son fond, qui est à gauche

---

(1) *Stein*, *l'Art d'accoucher*, tome 2, § 889, page 132.

Burns, déja cité, préfère encore l'usage du forceps à tous les autres moyens, pour extraire les fesses!

et en devant, vers son orifice, qui est à droite et en arrière, la hanche gauche de l'enfant, qui se trouve de ce côté, reçoit directement l'effort de la contraction, et s'engage la première; elle glisse au-devant de l'échancrure sacro-iliaque droite, de là va se loger dans la courbure du sacrum, puis s'avance progressivement au-devant du coccix, jusqu'au bord antérieur du périnée, qu'elle franchit la première. La hanche droite a remonté, en passant derrière le trou sous-pubien, jusque derrière les pubis; elle y reste appuyée jusqu'après la sortie de l'autre hanche, et s'engage à son tour, ainsi que les cuisses et les jambes. L'accouchement se termine comme dans la deuxième position des pieds.

TROISIÈME POSITION DES FESSES.

(Sur 20,517 naissances, 273 présentations des fesses, 6 exemples de cette espèce.)

Les fesses sont situées en travers du bassin; les lombes de l'enfant répondent aux pubis de la mère; la hanche droite répond au côté gauche; sa face sternale répond à la paroi postérieure de l'utérus; la tête est sous le fond; la scissure des fesses est en rapport avec la ligne médiane du sacrum et du périnée. (*Voyez* pl. 60.)

Lorsque l'enfant est peu volumineux, les lombes glissent derrière les pubis; parvenue dans l'excavation du bassin, la hanche, qui reçoit l'action immédiate des contractions, se dirige en arrière, et jusqu'à ce qu'elle soit arrivée dans la courbure du sacrum; l'autre hanche s'avance, en remontant, derrière les pubis; et les fesses franchissent le détroit périnéal, comme dans l'une ou l'autre des positions précédentes.

Si les fesses s'engagent difficilement, on introduit l'une ou l'autre main dans la direction du sacrum de la mère, on repousse les fesses au-dessus des pubis, et l'on dégage

les pieds comme dans la première ou la deuxième espèce de ces extrémités.

QUATRIÈME POSITION DES FESSES.

(Sur 20,517 naissances, 273 présentations des fesses, 10 exemples de cette espèce.)

Cette position est l'inverse de la troisième. La scissure des fesses est, ainsi que dans le dernier cas, parallèle à la ligne médiane du coccix et du périnée ; mais, dans celui-ci, les lombes de l'enfant sont en arrière ; la face postérieure des cuisses en devant; la hanche droite de l'enfant répond au côté droit de la mère; la tête est sous le fond de l'utérus. (*Voyez* pl. 61.)

On considère cette position de l'enfant comme étant beaucoup plus désavantageuse que les trois autres; et l'on conseille de ne rien attendre de la nature, à moins que l'enfant ne soit très-petit.

Si l'on opère de la main droite, on l'introduit à gauche du bassin ; on repousse les fesses sur la fosse iliaque droite de la mère, en même temps que la main gauche, appliquée à l'extérieur, repousse le fond de l'utérus de droite à gauche, et de haut en bas (de A vers B), pour faciliter le quart de rotation que l'on veut faire décrire aux fesses en les repoussant. On dirige les doigts le long de la face postérieure de la cuisse gauche de l'enfant jusqu'au pied, que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités.

Si l'on avait été appelé trop tard, si les fesses avaient déjà franchi l'orifice de l'utérus, il faudrait, de l'index de chaque main, accrocher les deux hanches, ou d'un doigt seulement, si l'on était gêné par la position, et tirer sur le pli de l'aine pour faire descendre les fesses et les diriger obliquement.

Mais, si l'on trouvait les fesses ou une partie du tronc hors de la vulve, sans avoir changé de direction, il faudrait se comporter comme il est indiqué pour la quatrième position des pieds. (*Voyez* cette position et ses trois temps, pl. 52 et 53.)

TROISIÈME PARTIE.

De l'Accouchement artificiel.

On comprend sous cette dénomination générale tous les cas qui réclament les secours de l'art pour favoriser ou accélérer la naissance de l'enfant. Nous avons fait voir par le nombre d'accouchemens naturels que nous avons pris soin de noter, combien l'usage des moyens artificiels est peu souvent nécessaire, puisque sur 20,517 enfans, 334 seulement ont été extraits du sein de leur mère, les uns au moyen de la main (218), et les autres au moyen des instrumens (116).

A mesure que l'occasion s'en présentera, nous ferons remarquer en quelles circonstances la nature a besoin d'être aidée, en quel temps et de quelle manière on doit venir à son secours.

D'après les moyens que l'on emploie pour terminer ces sortes d'accouchemens on les a divisés en *manuels* ou (mal à propos) contre nature; en *mécanique*, *instrumental*, et laborieux. Mais nous nous servirons plus volontiers de l'expression d'opération *manuelle* pour celle qui n'exige que l'opération de la main, et d'opération *instrumentale* pour celle qui demande l'application d'un instrument.

CHAPITRE PREMIER.

De l'Accouchement manuel.

On désigne sous cette dénomination l'accouchement qui n'a besoin que de l'action bien dirigée d'une main habile pour être terminé heureusement, soit que l'on se borne à

changer la situation de la partie qui se présente, soit que l'on change la situation totale de l'enfant pour l'amener par les pieds.

La nécessité d'opérer l'accouchement avec la main est déterminée par deux causes générales: 1°. du côté de la mère, quelques maladies particulières ; 2°. du côté de l'enfant, sa mauvaise situation, le prolapsus de son cordon.

Ainsi, une hémorragie abondante, les convulsions, les syncopes, la suspension ou la cessation des contractions de l'utérus, l'épuisement des forces de la malade, une hernie menacée d'étranglement, un asthme, un anévrisme, sont autant d'accidens qui déterminent le changement de situation de l'enfant pour l'amener par les pieds, lors même que la tête se présentait dans la position la plus avantageuse pour l'accouchement naturel. Cependant, on doit, avant d'en venir à l'opération, employer tous les moyens propres à faire cesser, ou au moins à calmer les accidens, et à prévenir les suites funestes qui peuvent en résulter ; surtout, lorsqu'il manque quelques unes des conditions nécessaires, dont nous parlerons bientôt, pour opérer avec succès.

ARTICLE PREMIER.

De l'Hémorragie utérine.

Cet accident, qui se rencontre le plus fréquemment, est aussi le plus promptement funeste.

Les causes prédisposantes et les causes efficientes sont les mêmes que celles dont nous avons fait l'énumération à l'occasion de l'accouchement prématuré. La cause matérielle de l'hémorragie, à toutes les époques de la grossesse est le décollement d'une plus ou moins grande portion du placenta, et la liberté qui en résulte pour les bouches des vaisseaux ou sinus utérins qui s'ouvrent à sa surface.

On distingue les hémorragies en *internes* et en *externes*.

L'hémorragie interne, latente ou cachée, a lieu quand le sang épanché reste enfermé, soit dans la cavité de l'utérus, soit derrière le placenta, ou derrière les membranes.

Cette hémorragie est généralement considérée comme promptement mortelle. Mais comme disait, dans ses leçons, le professeur A. Dubois : « Cet accident est bien plutôt l'effet « que la cause de la mort. Si, au lieu de ne s'en rapporter « qu'à l'état de l'utérus, on eût poussé l'examen jusque « dans le cœur et dans le cerveau, on aurait découvert la « véritable cause de la mort des femmes enceintes, chez « lesquelles on a trouvé une plus ou moins grande quantité « de sang dans l'utérus. L'organe, déjà chargé du produit « de la conception, ne saurait s'étendre au point de con- « tenir une quantité de sang assez considérable pour faire « mourir la femme; et si l'hémorragie interne, dans le cas « de grossesse, était mortelle, l'usage du tampon, si salu- « taire dans le cas d'hémorragie externe, serait un moyen « très-préjudiciable, et qu'il faudrait par conséquent reje- « ter (1). »

L'hémorragie utérine interne selon *Delamotte*, *Levret* et *Baudelocque*, peut être encore occasionnée par la rupture d'un ou de plusieurs vaisseaux du cordon ombilical. Dans ce cas, le sang s'épancherait dans la cavité même des mem-

---

(1) *Merrimann* cite en note, page 130, un cas de cette nature, dans lequel on ne fait également mention que de l'état de l'utérus: nous en donnons ici la traduction.

Une dame d'une faible constitution et d'une habitude délicate, vers le dernier mois de sa grossesse, eut un écoulement de sang par le vagin, dont la quantité pouvait être évaluée à une demi-once; cette légère perte était accompagnée de symptômes alarmans d'épuisement et de débilité; l'orifice de l'utérus était dilaté au plus de la grandeur d'une pièce de six sous, *six pence*; il était d'une telle rigidité qu'il fut impossible de procurer aucun secours manuel. En conséquence, cette dame mourut : après la mort, on l'examina;

branes, et l'on ne pourrait, dit-on, n'en découvrir la cause qu'après l'ouverture de la poche de l'eau ; mais, si les membranes s'étaient rompues près du bord décollé du placenta, le sang pourrait également s'épancher dans la cavité des membranes. Ce ne serait donc plus un signe certain de la rupture du cordon. Nous croyons que les auteurs cités se sont trompés en attribuant l'hémorragie dont ils font mention à la rupture d'un des vaisseaux du cordon. (*Voyez* notre Mémoire sur les hémorragies internes.)

Signes de l'hémorragie interne. L'accroissement plus ou moins rapide du volume de l'utérus, précédé de faiblesses, de syncopes, etc.

Signes de l'hémorragie externe. L'écoulement du sang au dehors, avec tous les autres symptômes qui accompagnent cet accident.

Si, comme nous l'avons dit ailleurs, la perte de sang est d'autant plus dangereuse qu'elle s'annonce à une époque plus rapprochée du terme de la grossesse, la faire cesser promptement est donc la première indication à remplir.

Mais il est des circonstances qui doivent influer sur le choix des moyens propres à supprimer ou au moins à calmer l'hémorragie.

Le placenta, le plus ordinairement, est attaché sur une des faces internes du corps de l'utérus; mais quelquefois

---

on trouva le placenta décollé dans son centre, tandis que ses bords étaient complètement adhérens : de sorte qu'il formait une espèce de *cul-de-sac* dans lequel le sang était épanché; il était alors coagulé. On en estima la quantité à environ une pinte et demie. (Fait de pratique de *Saumarez*, inséré dans le *New. and Phys. Journal.* Décembre 1813, n° 38, vol. VI, page 535.)

Mauriceau, *Levret*, *Baudelocque*, rapportent des faits à peu près analogues. Ils se sont pour ainsi dire copiés. Il est évident pour nous que, dans aucun des cas cités, le cordon ne s'était rompu dans la matrice.

aussi on le trouve greffé sur un des bords, et même au centre de l'orifice.

Le placenta occupe-t-il une des régions du corps de l'utérus? Pendant la contraction, les orifices des vaisseaux se resserrent, le sang coule moins; après l'expulsion de l'enfant, ordinairement l'hémorragie est encore moins abondante, ou cesse entièrement. De là le précepte de *Louise Bourgeois, de vider l'utérus en faisant l'extraction de l'enfant par les pieds* (1).

Plus tard, on a remarqué que, lorsque les membranes sont rompues, l'utérus, moulé sur le corps de l'enfant, comprime le placenta, l'affaisse, le tient pressé contre la surface d'où il s'est décollé; ainsi les orifices des vaisseaux utérins se trouvent bouchés; la perte se ralentit ou s'arrête. De là le précepte de *Puzos, de rompre les membranes* (2).

Mais il n'en est pas ainsi lorsque le placenta occupe la région inférieure de l'utérus. Quand l'organe se contracte, se rapetisse, son col s'élargit, son orifice s'ouvre; les adhérences de la masse vasculaire se détruisent; le sang coule avec plus d'abondance. Faudra-t-il dans ce cas retourner l'enfant et l'amener par les pieds? mais, si l'orifice est fermé, si ses bords sont épais, durs, comment y faire pénétrer la main? Faudra-t-il rompre les membranes? mais, une fois l'eau de l'amnios évacuée, l'action de l'utérus augmente; son orifice s'agrandit davantage, une plus grande portion du placenta se détache; l'hémorragie, au lieu de diminuer, devient plus considérable; l'utérus est contracté sur le corps de l'enfant; on s'est ôté la faculté d'en opérer la version par les pieds. Il faut donc, lorsque de la part du col il y a impossibilité absolue d'opérer l'ac-

(1) *Obs. div. sur l'accouchement*, p. 46.
(2) *Mémoires sur les pertes de sang*, p. 354.

ouchement, avoir au procédé de *Leroux de Dijon; tamponer le vagin* (1).

Il est de la plus grande importance de s'assurer de bonne heure de la situation du placenta. Sa présence à l'orifice de l'utérus, dit *Rigby*, a bien plus souvent lieu qu'on ne pense (2); il rapporte plusieurs cas de cette nature, que ni lui ni plusieurs autres de ses confrères n'avaient pu reconnaître par la manière de toucher ordinaire, et dont plusieurs femmes furent victimes. C'est pourquoi il recommande, dans tous les cas d'hémorragies utérines, d'introduire la *main entière* dans le vagin, afin de porter le doigt assez profondément dans le col, pour s'assurer si l'orifice interne est couvert, ou non, par le placenta.

Toutes les fois que le placenta n'est pas greffé sur l'orifice de l'utérus, dit l'auteur cité, la version de l'enfant n'est pas nécessaire; elle est même nuisible. L'exposition de la femme à l'air frais, les boissons froides acidulées, des injections dans le rectum avec de l'eau froide et du vinaigre, des linges trempés dans un liquide de même nature, appliqués sur le ventre, les cuisses; le repos absolu; tous ces moyens suffisent ordinairement pour calmer l'hémorragie; et, lorsqu'elle persiste, la rupture des membranes l'arrête sans retour. Sur cent-six observations qu'il rapporte, il y en a soixante-trois dont l'hémorragie était *accidentelle;* c'est-à-dire, le placenta étant greffé ailleurs que sur l'orifice, avait été plus ou moins décollé *accidentellement.* Dans tous ces cas, l'accouchement s'est terminé sans aucun autre secours que les moyens indiqués plus haut.

(1) *Observ. sur les pertes de sang;* p. 190.

(2) *On uterine hæmorrage.* Pendant le cours de 19 années de pratique, depuis 1769 jusqu'en 1788, l'auteur a rencontré 106 cas d'hémorragie, dont 43 occasionnés par la présence du placenta à l'orifice.

Les quarante-trois autres cas d'hémorragie, qu'il appelle *inévitable*, étaient occasionnés par la présence du placenta sur l'orifice; sur ce nombre, trente-trois ont eu une heureuse terminaison, parce que l'accouchement a été opéré aussitôt que l'état de souplesse ou de dilatation de l'orifice a pu le permettre; les dix autres sujets ont succombé au trop long délai que l'on a mis à opérer l'accouchement.

Ainsi, lorsque l'hémorragie est abondante, qu'elle est occasionnée par la présence du placenta à l'orifice ou dans son voisinage, si l'orifice est souple, dilatable, quoiqu'il ne soit pas très-ouvert, même quoiqu'il soit *clos*, s'il cède facilement à l'introduction successive de tous les doigts, il faut y faire pénétrer la main, et procéder sur-le-champ à la version de l'enfant.

Si le col a encore conservé une certaine longueur, si l'orifice est dur, épais, ou quoique ses bords soient minces, s'il *résiste* à l'introduction des doigts, il faut *différer* encore l'opération : car si l'on insiste sur la dilatation forcée d'un orifice épais et douloureux, on provoque une irritation, une inflammation locale dangereuse; on a des convulsions d'autant plus redoutables, que la femme, d'une constitution nerveuse, aurait subi une grande perte de sang.

L'important est de savoir que l'hémorragie est d'autant plus abondante, que la partie qui se présente au détroit abdominal ne porte pas en plein sur l'orifice utérin. Tels sont les cas de mauvaise position de la tête, la présentation d'un membre; l'usage du tampon, recommandé dans ces dernières circonstances, ne produit que peu ou point du tout d'effet. Il faut, pour que le tampon exerce une compression salutaire, que ce soit, ou la poche amniotique fortement tendue, ou la tête ou les fesses du fœtus qui se présentent en position favorable pour comprimer le pla-

centa entre ces parties du fœtus et les parois du col, alors dilaté. Aussi c'est de cette différence, dans les circonstances qui accompagnent la présentation du placenta à l'orifice de l'utérus, que l'on doit attribuer la différence dans les résultats obtenus par les praticiens.

Nous supposons que c'est la tête ou les fesses qui se présentent. C'est alors qu'on emploiera le *tampon* fait avec une bande de linge usé, de la largeur de 5 à 6 pouces, longue de plusieurs aunes, que l'on roulera très-ferme sur sa longueur, de manière à en former une espèce de bouchon de 20 à 24 lignes de diamètre. On trempera une extrémité de ce tampon dans un mélange d'eau et de vinaigre, ou mieux encore, comme l'indique *J. Burns*, on l'imbibera d'huile ; on portera cette extrémité du tampon, ainsi imprégnée d'huile, jusque sur l'orifice de l'utérus ; on fera usage d'un bandage en T, dont l'extrémité inférieure sera relevée au devant de la vulve ; en pressant ainsi le bout extérieur du tampon, son extrémité cachée reste fortement appliquée sur les bords de l'orifice.

Les tampons que l'on fait ordinairement avec de la charpie, du vieux linge ou de la filasse, dont on emplit le vagin, dilatent, agrandissent ce canal, mais n'agissent pas assez directement sur l'orifice de l'utérus.

Quoi qu'il en soit, en bouchant l'orifice, on se propose d'opposer une digue à l'écoulement du sang au dehors, de déterminer la formation d'un caillot, de donner le temps à l'utérus de se contracter avec assez de force pour agrandir l'ouverture de l'orifice. Mais si, malgré tous ces moyens employés simultanément, le sang continue de couler avec abondance, sans produire un relâchement suffisant, il faudrait avoir recours à la pommade de belladone ou de jusquiame, précédemment indiquée, pour hâter la dilatation de l'orifice.

Mais *c'est auprès de la malade* qu'il faut attendre l'ef-

fet du tampon ou celui de la pommade dilatoire; l'hémorragie peut devenir mortelle en très peu d'instans; on veillera donc à l'état du pouls; tant que les forces se soutiennent, on doit bien se garder de retirer le tampon; mais si les syncopes s'annoncent et se renouvellent, il faut examiner l'état du ventre de la malade, pour s'assurer qu'il n'augmente pas de volume, on pourrait mesurer le ventre de la femme au moyen d'une mesure linéaire numérotée, à l'usage des tailleurs et des couturières, pour se rendre compte de l'état de l'abdomen et de ses changemens, retirer le tampon; si l'hémorragie externe est toujours considérable, examiner l'état du col, de l'orifice, afin de reconnaître si, par l'effet de la perte, ou des moyens employés, il s'est assez amolli, assez dilaté, pour permettre l'introduction de la main.

On tâchera de découvrir, en palpant le fond de l'utérus à travers les muscles abdominaux, de quel côté sont les fesses de l'enfant. En général, elles se trouvent situées du côté où est incliné le fond de l'utérus; s'il est incliné à droite, comme il arrive le plus ordinairement, on se servira de la main gauche pour opérer, *et vice versâ.* On décolle le bord du placenta qui se trouve du côté de la main qui opère, on l'insinue entre la face externe du korion et la face interne de l'utérus; lorsqu'on a pénétré jusqu'à un certain degré dans la cavité de l'organe, on appuie l'extrémité des doigts sur les membranes pour les rompre, et l'on se saisit de l'un ou des deux pieds de l'enfant que l'on amène à la vulve avec la plus grande facilité (1).

(1) Ce mode de procéder à la version de l'enfant est celui qu'employait *Paul Portal* dans ce cas : le professeur *A. Dubois* le trouve préférable à tous ces *tâtonnemens* qui résultent du précepte de chercher le bord du placenta le plus voisin de l'orifice, pour le décoller. C'est encore le procédé qu'employait madame Lachapelle, et celui qui est en usage par toutes les élèves qu'elle a formées.

On doit faire l'extraction de l'enfant aussi lentement que possible, afin de donner le temps à l'utérus de se contracter.

Lorsqu'on est appelé pour un cas d'hémorragie, on fera toujours bien de se munir d'un forceps; car, si l'orifice est déjà dilaté, si la tête a été poussée assez avant dans le bassin pour pouvoir être saisie avec l'instrument, on en fera l'extraction.

Que l'on amène l'enfant par la tête ou par les pieds, on doit avoir la plus grande attention de ne pas vider brusquement l'utérus qui, après une hémorragie abondante, est toujours disposé à l'inertie, et par conséquent à une récidive de l'accident qui devient promptement mortel. Nous ferons mention de ce cas au chapitre de la délivrance artificielle.

ARTICLE II.

Des Convulsions comme causes d'accouchement manuel.

Les convulsions sont, comme nous l'avons dit, des mouvemens de diverses parties du corps, indépendans de la volonté. On en distingue de deux espèces : les unes, *convulsions toniques*, sous l'influence desquelles les membres sont raides, tendus, avec plus ou moins de persévérance ; les autres, *convulsions cloniques* ou tumultueuses, parce qu'en effet elles sont accompagnées d'agitations violentes des membres, et que le retour alternatif des accès est plus ou moins rapproché.

Causes. Constitution irritable, éminemment sanguine; abus dans l'usage des alimens excitans, ou pris en trop grande quantité; dans les boissons stimulantes; contractions toniques ou spasmodiques de l'utérus, occasionnées par les causes que nous avons indiquées ailleurs; distension forcée de l'organe, soit par un grand volume d'eau,

ou par la présence de plusieurs fœtus; rigidité, sensibilité exaltée de l'orifice de l'utérus; pléthore locale de l'organe, et par suite engorgement des vaisseaux des régions supérieures du tronc, et spécialement ceux de la tête; irritation des organes de la digestion, qui se propage ensuite à l'utérus, et de là au cerveau.

La compression du cerveau, en jetant le trouble dans les fonctions, détermine l'action irrégulière des organes soumis à son empire.

Les femmes enceintes pour la première fois sont plus sujettes aux convulsions que celles qui ont déjà eu des enfans. La crainte de mourir, dont peu de femmes sont exemptes, et qu'elles dissimulent à ceux qui les entourent, est une des causes morales dont on s'occupe le moins, et qui cependant mérite la plus grande attention de la part des personnes appelées à leur donner des soins, et à les rassurer par tous les moyens de persuasion possibles.

Symptômes. Pesanteur à l'estomac après le repas; douleurs à l'épigastre; lassitude, malaise, accablement; ces signes précurseurs, trop souvent négligés, sont bientôt suivis de symptômes plus graves. Céphalalgie, tintement d'oreilles, éblouissemens, dilatation des pupilles, cécité momentanée; marche vacillante; confusion dans les idées; gonflement et rougeur de la face et du cou; battement plus fréquent et plus sensible des carotides externes : loquacité; contraction des mâchoires, avec craquement des dents; tiraillemens en différens sens des muscles des yeux et de la face; raideur, immobilité des membres, ou contorsions, agitations violentes de toutes les parties du corps, accompagnées d'oblitération complète des sens, des facultés intellectuelles, d'un état comateux et d'une respiration gênée et stertoreuse.

Les convulsions violentes ne peuvent exister long-temps

chez la femme enceinte, sans danger pour elle et pour son enfant.

Traitement. Dès les premiers symptômes, large saignée du bras.

Si l'orifice de l'utérus est ouvert ou facilement dilatable, opérer l'accouchement, soit en faisant la version de l'enfant par les pieds, soit par l'application du forceps, si la tête se présente, et qu'elle soit saisissable avec l'instrument.

La rupture des membranes est indiquée lorsqu'on a la certitude qu'une surabondance d'eau donne lieu au développement excessif de l'utérus : ce qu'indique l'extrême mobilité de l'enfant.

Mais lorsque les convulsions sont établies, que l'orifice de l'utérus est fermé, que ses bords sont durs, épais, ou minces et étendus, il faut, de toute nécessité, pratiquer la saignée du bras, et ensuite, comme le recommandait le professeur *Chaussier*, appliquer simultanément des sangsues au cou, aux narines, à l'épigastre; envelopper les jambes et les pieds avec de larges cataplasmes de farine de graine de lin très-chauds, arrosés de vinaigre ou saupoudrés de farine de graine de moutarde, avec un peu de muriate d'ammoniaque; — employer sur la tête les réfrigérans, tels que l'eau froide, la glace, etc., et placer en travers de la bouche de la malade un bâillon, fait de liége, pour éviter qu'elle se morde la langue; et faciliter l'introduction des liquides qu'on se propose de lui faire prendre, tels qu'une orangeade ou une limonade sucrée et légèrement acide.

Mais, comme il est généralement reconnu que la déplétion de l'utérus est indispensablement nécessaire pour faire cesser les convulsions, il importait de trouver un moyen d'opérer la dilatation de l'orifice, sans violence et sans danger : le professeur *Chaussier* l'a trouvé dans les pro-

priétés de l'extrait de belladone, dont on a fait l'application dans ce cas avec succès à l'hospice de la Maternité (1). Le savant médecin cité en a fait préparer une pommade qui se compose de deux gros d'extrait de belladone, que l'on délaie avec à peu près autant d'eau distillée, et que l'on incorpore, par trituration, avec une once de cérat simple ou de graisse de porc purifié.

A défaut de la seringue particulière qu'a fait faire le professeur *Chaussier*, pour expulser la pommade dilatatoire sur le col de l'utérus, on peut se servir d'une petite tige de bois ou d'acier, au bout de laquelle on adapte un petit tampon de linge, du volume d'une grosse noix, que l'on charge de la pommade. On l'introduit dans le vagin, et, avec le doigt, on dirige et on promène le tampon sur la surface du col de l'utérus et sur son orifice. Trente à quarante minutes après l'application de la pommade, dit *Chaussier*, l'orifice se dilate avec la plus grande facilité; alors l'accouchement peut s'opérer spontanément, si l'enfant est convenablement situé (2), ou l'extraction peut s'en faire sans danger.

---

(1) Nous avons eu occasion de faire usage de cette pommade : soit qu'elle fût mal préparée ou mal appliquée, nous n'en avions d'abord point obtenu d'effet marqué; mais depuis elle nous a parfaitement réussi dans trois cas des plus formidables, dont le dernier, à la Maison royale de santé en 1825, chez une femme de la Touraine qui était venue pour se faire traiter d'une cécité absolue par l'effet de la foudre qui avait éclaté près d'elle. Cette femme enceinte, dans son 9e mois, était accouchée à l'instant même sans aucun symptôme préalable. Cette femme se trouvait encore enceinte et sur le point d'accoucher. Ne pourrait-on pas profiter de cet exemple pour provoquer les contractions de l'utérus par les moyens artificiels analogues, tels que le galvanisme, l'électricité?

(2) Nous avons vu plusieurs cas de convulsions dans lesquels il

Merrimann, auteur cité, recommande la saignée, les évacuans, quelle que soit la cause qui donne lieu aux convulsions (excepté cependant les cas d'épuisemens et de faiblesse).

D'après lui, on peut tirer de 10 à 20 onces de sang, selon les forces et l'état du pouls de la malade.

Si la déglutition est libre, il prescrit une pilule de *cinq grains* de calomel (muriate de mercure doux); de faire prendre ensuite une solution de sel purgatif toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'on ait obtenu plusieurs selles.

Si la déglutition ne peut pas se faire, il conseille d'injecter le rectum avec une solution de sel purgatif.

Mais les boissons adoucissantes, les lavemens huileux conviennent mieux dans ce cas que les irritans.

Le même auteur, après avoir coupé les cheveux de la malade, fait faire des lotions sur la tête avec le mélange suivant :

Acétate d'ammoniaque liquide. . . . (*quatre onces.*)
Esprit de romarin . . . . (*deux onces.*)
Eau pure. . . . . (*une once.*)

Appliquer à froid sur la tête des compresses trempées dans ce mélange.

L'auteur anglais a employé ce traitement dans vingt-deux cas de convulsions, dont voici le résultat :

16 femmes se sont rétablies....	—	11 enfans nés vivans.
6 femmes sont mortes.........	—	13 enfans sont morts.
22		24

n'existait pas la moindre disposition à la dilatation de l'orifice, et au moment où on s'y attendait le moins, même peu d'instans après avoir examiné l'état de l'orifice, l'enfant fut expulsé en totalité, sans avoir eu recours à aucune application locale pour opérer ou faciliter la dilatation de l'orifice.

Dans ce nombre deux grossesses doubles ; 18 de ces femmes étaient enceintes pour la première fois.

On a obtenu de très-salutaires effets d'un large vésicatoire sur la région postérieure de la tête.

Dans le cas de convulsions après l'accouchement, l'application simultanée de larges vésicatoires sur la face interne des cuisses, des jambes; des synapismes sous la plante des pieds ont procuré les plus heureux résultats.

En parlant des soins à donner à la femme en travail, nous avons fait mention des premières indications à remplir dans les cas d'*atonie de l'utérus* ; d'*épuisement des forces de la malade* ; dans le cas de *hernie étranglée*, d'*asthme* ou d'*anévrisme*. La seconde indication que présentent tous ces cas est la version de l'enfant par les pieds, ou, si la tête est déjà fort engagée, l'application du forceps.

ARTICLE III.

Du Prolapsus du Cordon ombilical.

Cet accident a lieu lorsque le cordon précède ou accompagne la partie que l'enfant présente à l'orifice de l'utérus.

Causes. L'excessive longueur du cordon; un trop grand volume d'eau; l'amplitude excessive du bassin; la mauvaise situation du fœtus, spécialement la présentation d'une des épaules ou les fesses.

Signes. Dans l'intervalle des contractions, on sent un corps mollasse, inégal, doué de pulsations; l'absence de ce dernier signe, pendant l'intervalle d'une contraction, indique la mort de l'enfant.

Pronostic. Si la compression du cordon est de longue durée, la mort de l'enfant est inévitable.

Ce cas présente trois indications à remplir :

1° La répulsion du cordon au-dessus de la partie qui se présente (1);

2° La version de l'enfant par les pieds;

3° L'application du forceps.

Pour remplir la première indication, il faut, si c'est la tête qui se présente, attendre qu'elle soit engagée dans le détroit abdominal. Alors on prend entre les doigts la portion du cordon qui s'est échappée, et avec la paume de la même main on soulève la tête; on refoule au-dessus l'anse du cordon. Pour prévenir la récidive du prolapsus, *Hopkins*, et encore plusieurs autres, après la répulsion du cordon, fait usage d'une éponge fine d'un volume et d'une dimension convenables, qu'il plonge dans l'eau chaude; après en avoir exprimé l'eau, il l'introduit à la place qu'occupait le cordon, dans l'espace vide que laisse la tête et la paroi du bassin à laquelle elle correspond. L'éponge, dit l'auteur, en se gonflant, s'oppose à la récidive du prolapsus du cordon; la tête continue de s'engager, et l'accouchement se termine naturellement. Ce moyen, ajoute-t-il, m'a tellement bien réussi, que, sur un grand nombre de cas semblables, je n'ai pas perdu un seul enfant. Nous avons plusieurs fois tenté des moyens à peu près analogues qui n'ont point eu le même succès.

2e *Indication.* Lorsqu'avec le cordon l'enfant présente une partie non susceptible de s'engager, il y a double indication pour la version de l'enfant par les pieds.

3e *Indication.* Lorsque la tête a franchi l'orifice de l'utérus, et qu'elle se présente dans une mauvaise position, il y a double indication pour l'application du forceps.

Lorsque la tête, en bonne position, a franchi l'orifice de l'utérus, que les contractions sont fortes et soutenues,

(1) On doit supposer que la tête, peu volumineuse, est dans une situation oblique.

que la femme a déjà eu des enfans, la compression du cordon ne pouvant être de longue durée, on confiera l'accouchement à la nature. Il en sera de même si l'enfant est mort, et s'il se présente dans une situation convenable.

Ainsi tous ces accidens pouvant donner lieu à l'accouchement manuel, quoique la tête soit en bonne position, nous aurons à décrire les procédés opératoires dans les positions du sommet : les quatre positions de la face, les huit positions des côtés de la tête, et les quatre positions de l'occiput, qui forment vingt-quatre positions différentes pour la tête seulement.

Mais dans quelle proportion se présentent ces différentes régions de la tête? On peut jeter un coup d'œil sur la table synoptique des accouchemens : on verra que, sur 20,517 enfans, 19,730 ont présenté le sommet; dont 61 ont été extraits par l'opération manuelle. La face s'est présentée 74 fois; les côtés de la tête 5 fois; l'occiput une fois; ainsi, sur 20,517 enfans, 19,810 se sont présentés par la tête, 609 par les pieds ou les fesses; ce qui donne un total de 20,419 enfans qui se sont présentés en offrant l'une des deux extrémités de sa forme ovoïde. Mais, outre les vingt-quatre positions des cinq régions de la tête, et les douze positions des fesses, des pieds et des genoux, on en a encore assigné *soixante*, pour les quatre faces du tronc du fœtus, comme nous l'avons déjà dit à l'occasion de la division du fœtus en régions.

1° *Pour la face antérieure :* le devant du cou, le sternum, l'abdomen ou le ventre; le devant des cuisses;

2° *Pour la surface postérieure :* le derrière du cou, le dos et les lombes;

3° *Pour les deux faces costales :* les côtés du cou, les épaules, les côtés, les hanches.

Sur les 20,517 enfans nés à l'hospice de la Maternité, combien s'est-il offert de cas de présentation des régions

antérieures? PAS UN A TERME. Combien des régions postérieures? PAS UN A TERME. Combien des régions latérales? 80 représentations des épaules, et 5 des hanches.

Madame *Lachapelle*, dit n'avoir jamais rencontré un seul de ces cas sur 40,000 accouchemens.

Merrimann, déjà cité (1), qui, en comprenant la pratique de son oncle avec la sienne, compte environ 20,000 accouchemens, dit également n'avoir jamais rencontré de ces sortes de présentations *du dos*, *du ventre* et *des côtés* dans les cas d'accouchemens à terme; et si l'on réunit la pratique des deux docteurs *Merrimann* à celle de madame *Lachapelle*(2), on aura pour résultat un total de 60,000 accouchemens, parmi lesquels on ne compte pas un seul exemple de ces sortes de présentations.

Chez les étrangers, notre routine ne s'est point établie: espérons que nous verrons bientôt chez nous s'écrouler et disparaître cet échafaudage d'inutilités, élevé par une trop crédule confiance dans les récits mensongers ou imaginaires d'une foule d'anciens auteurs, récits éternellement reproduits, et accueillis sans examen et sans réflexion.

Cependant, comme tous les auteurs modernes font encore mention de ces sortes de cas, nous les indiquerons successivement, mais ce sera le plus succinctement possible. Nous ne parlerons point des signes qui pourraient servir à faire connaître ces positions, parce qu'en sup-

(1) Of presentations of the *back*, *belly* or *sides* in the practise of my uncle Dr *Merrimann* and in my own practise amounting together, to very near 20,000 labours, no instance has occured of either presentations, except in one or two cases where the mother had not completted her seventh month of ute ro gestation; and in these the children passed doubled through the pelvis. (*On difficult parturition*, page 93. London; 1814.)

(2) *Pratique de l'art des accouchemens*, Paris, 1821-1825, 3 vol. in-8°.

posant qu'une d'elles pût se rencontrer de la part d'un fœtus à terme, la partie ne pourrait pas s'engager assez dans le détroit abdominal pour être accessible au doigt.

ARTICLE IV.

Règles générales pour l'opération manuelle.

Cette opération exige plusieurs conditions pour être terminée heureusement.

1° Il faut que les parties de la mère, par leurs dimensions, soient proportionnées au volume du fœtus.

2° Avoir reconnu la partie qui se présente, ses rapports avec le bassin, afin de pouvoir en déduire les rapports des autres parties de l'enfant avec l'utérus, et se déterminer sur la main du choix qui doit opérer.

3° Que les membranes soient intactes ou rompues depuis peu de temps.

4 Que l'orifice de l'utérus soit dilaté ou facilement dilatable.

Que l'attitude de la femme soit favorable pour l'opérateur.

5° Que la partie que l'enfant présente ne soit pas trop engagée dans le détroit abdominal, ni qu'elle ait franchi l'orifice, parce que toute espèce de répulsion est toujours dangereuse, surtout après l'évacuation de l'eau.

6° Ne point tenter la version de l'enfant, dans le cas de contraction spasmodique de l'utérus, avant d'avoir employé tous les moyens de le faire cesser; tels que la saignée du bras, les embrocations avec un liniment opiacé sur l'abdomen ; les lavemens anodins ; les bains entiers, après la saignée, etc. ; autrement on s'exposerait à rompre l'utérus ou le vagin.

7° L'orifice de l'utérus ne doit pas être non plus trop dilaté, parce que l'introduction de la main suffit, lorsqu'il

est souple, pour achever son entier développement, et hâter la sortie de la partie qui s'y présente.

8° Avant d'opérer, il faut avoir l'attention de faire vider la vessie et le rectum.

Attitude de la femme pendant l'opération.

Comme on doit se proposer, en opérant, de suivre les axes du bassin et de donner au fœtus la même direction lors de son extraction, il sera nécessaire de faire tenir la femme couchée horizontalement sur l'extrémité d'un lit, ni trop bas, ni trop haut, et de manière que les fesses soient plus élevées que sa poitrine. D'autres fois il sera nécessaire de la faire coucher du côté où sont situés les pieds du fœtus, afin de les saisir et de les amener avec plus de facilité.

Procédés généraux pour l'accouchement manuel.

1° On doit, autant que possible, opérer de la main la plus voisine des pieds de l'enfant, de celle dont la paume regarde sa face sternale.

2° On divise cette opération en trois temps : 1° l'introduction de la main dans la vagin et dans l'utérus; 5° la version de l'enfant ; 3° et son extraction.

3° La main qui doit opérer doit être enduite d'un corps gras ou mucilagineux; on en rend par cette précaution l'introduction plus facile, moins douloureuse pour la femme, et l'on se garantit de l'inoculation de quelques virus contagieux.

On se rappellera aussi le conseil que nous avons donné ailleurs, d'avoir la précaution de se frotter la face interne des doigts et de la main avec de la poudre de résine, de genièvre *sandaraque*, afin d'empêcher la partie de glisser entre les doigts ou sous la main qui doit la saisir.

4° On donne à la main la forme d'un cône ou d'un

coin, en rapprochant les unes des autres les extrémités des doigts, en logeant le pouce dans la gouttière que forme le creux de la main.

5° Pendant la douleur, on introduit l'extrémité des doigts réunis, en faisant de petits mouvemens de semi-rotations, pour faire pénétrer la main entière dans le vagin.

6° On attendra que la douleur ait cessé pour introduire, de la même manière, la main dans l'orifice de l'utérus.

7° On repoussera avec la paume de la main la partie que l'enfant présente du côté opposé à celui où doivent se trouver les pieds.

8° Pendant la contraction de l'utérus, la main ne doit point agir ; il faut l'appliquer à plat sur la surface de l'enfant où elle se trouve au moment de la douleur.

9° Après que la contraction a cessé, on suit le côté de l'enfant qui répond à la paroi postérieure de l'utérus ; lorsque l'on a acquis la certitude que les pieds de l'enfant sont de ce côté de l'organe, on s'en saisit et on la fait descendre obliquement, au-devant de la face antérieure de l'enfant.

10° Lorsque la position de l'enfant est telle que ses pieds sont situés en devant, on abaisse les extrémités dans la direction où elles se trouvent situées et de la manière dont il sera dit plus loin.

11° On fait l'extraction de l'enfant jusqu'aux fesses, que l'on dirige obliquement à l'égard du bassin, comme il est indiqué pour la première ou la seconde position des pieds.

12° Pendant l'introduction de la main dans l'utérus et pendant la version de l'enfant, on doit s'opposer à toute espèce d'efforts de la part de la femme.

ARTICLE V.

PRÉSENTATION DU SOMMET.

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION PREMIÈRE.

Position occipito-cotyloïdienne gauche. (1re de Baud.)

L'occiput étant situé derrière la cavité cotyloïde gauche, le front est au-devant de la symphyse sacro-iliaque droite; les pieds sont au-dessus, du même côté, au fond de l'utérus.

Premier temps de la première position du Sommet.

La femme située sur un lit, sur une table ou sur une commode, doit être couchée sur le dos à la hauteur à peu près de la ceinture de la personne qui doit opérer, les bras libres de tout vêtement. On introduit d'abord la main gauche, puis on glisse l'extrémité des doigts entre le front et le côté droit de l'utérus; on soulève la tête avec la pomme de la main, puis on la repousse sur la fosse iliaque gauche. (*Voyez* pl. 62.)

Deuxième temps de la première position du Sommet.

La tête étant placée au-dessus du détroit abdominal, la main introduite parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'aux fesses; puis ramenant cette main en devant sur la surface postérieure de la cuisse et de la jambe gauche, on entraîne le pied ou tous les deux jusqu'à la vulve.

Pendant que l'on va à la recherche des pieds, on tient la main droite appliquée à l'extérieur, sur le fond de l'utérus, que l'on repousse vers la main qui opère, afin d'en rapprocher, autant que possible, les extrémités que l'on se propose de saisir. (*Voyez* pl. 63.)

Quand on n'a pu amener qu'un seul pied, on l'engage assez pour pouvoir y appliquer un lacs, afin de l'empêcher de remonter pendant qu'on va à la recherche de l'autre.

Troisième temps de la première position du Sommet.

Pendant qu'on maintient le pied que l'on a amené à la vulve, on réintroduit la main gauche, en suivant la face externe et postérieure de la cuisse dégagée jusqu'aux fesses, et l'on ramène la main sur la cuisse, la jambe et le pied droit. Ces deux extrémités étant abaissées, l'enfant se trouve situé comme dans la seconde position des pieds (*voy.* pl. 64).

Toutes les fois que l'on est obligé de repousser la tête au-dessus du détroit abdominal pour aller à la recherche des pieds, il faut avoir l'attention de la maintenir dans la situation où on l'a placée, en la soutenant, d'abord avec la paume de la main, puis avec l'avant-bras, à mesure que l'on approche des pieds. Lorsqu'on a saisi ces deux extrémités, on ne doit pas cesser de fournir le même point d'appui à la tête, afin de l'empêcher de retomber et de s'engager en même temps que l'on fait descendre les parties inférieures de l'enfant.

Mais si, malgré les précautions que l'on a prises pour empêcher de retomber la tête, elle vient se présenter de nouveau dans le détroit supérieur, ce qui ne pourrait avoir lieu que dans le cas où l'enfant serait très-peu volumineux en comparaison des dimensions du bassin, on appliquera un lacs sur les deux pieds dégagés; et, pendant qu'on les tiendra fixés de la main droite, avec la main gauche, on repoussera la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche, où on l'avait d'abord placée (*voy.* pl. 65).

Non seulement, comme dans le cas ci-dessus énoncé, la tête peut s'engager en même temps que les pieds, mais il

est possible encore qu'une main vienne ajouter à la difficulté de faire descendre les extrémités inférieures. Dans ce cas, si la main du fœtus était peu avancée, il faudrait la repousser au-dessus de la tête, pendant une contraction; mais si elle était engagée dans l'orifice, on appliquerait un lacs sur le poignet qui se présente. En tirant sur les pieds, on aurait l'attention de faire tenir ce lacs d'une manière lâche, afin que le bras puisse remonter à mesure, et au même degré, que l'on dégage les extrémités abdominales (*voy.* pl. 65).

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION II.

Position occipito-cotyloïdienne droite. (2e de Baud.)

L'occiput étant situé derrière la cavité cotyloïdienne droite, le dos est au-dessus et en devant de l'abdomen; le front est en arrière et à gauche du bassin, les pieds, au-dessus et du même côté, sont au fond de l'utérus.

Premier temps de la deuxième position du Sommet.

(La femme doit être dans l'attitude indiquée dans la première position du sommet). Pour faire la version de l'enfant, on introduit la main droite à gauche du bassin, au devant du front; on soulève la tête pour placer l'occiput sur la fosse iliaque droite. (*Voyez Pl.* 66.)

Deuxième temps de la deuxième position du Sommet.

On maintient la tête sur la fosse iliaque droite avec la paume de la main, puis avec l'avant-bras, à mesure que l'on parcourt la face costale droite de l'enfant jusqu'aux fesses; on ramène ensuite la main sur la face postérieure de la cuisse et de la jambe droite jusqu'au pied, que l'on entraîne à la vulve. (*Voyez* pl. 67.)

Troisième temps de la deuxième position du Sommet.

De la main gauche, on retient le pied que l'on a amené, soit immédiatement avec la main, soit au moyen d'un lacs. On réintroduit la main droite, en suivant l'extrémité dégagée jusque sur les fesses; on redescend la main sur la cuisse, la jambe et le pied gauche, que l'on abaisse comme le premier. Les deux pieds dégagés, l'enfant se trouve situé comme dans la première position de ces extrémités. (*Voyez* pl. 68.)

Dans le cas où la tête s'engagerait en même temps que les jambes, il faudrait la repousser de la main gauche sur la fosse iliaque droite où on l'avait placée auparavant. (*Voy.* pl. 69.)

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION III.

Position occipito-pubienne. (3e de Baudelocque.)

Cette position directe n'est jamais franche au détroit supérieur, et ne saurait l'être, comme nous l'avons déjà dit ailleurs. L'occiput est toujours incliné à droite ou à gauche du pubis. Mais, quoique le sommet soit incliné, le dos de l'enfant est appuyé sur l'abdomen de la mère; la face sternale est en arrière ainsi que les pieds, qui sont au fond de l'utérus. (*Voyez* pl. 70.)

On peut se servir indistinctement de l'une ou l'autre main. Si l'on opère de la droite, on repousse la tête sur la fosse iliaque droite (1), comme dans la deuxième position du sommet; on lui fait décrire un mouvement de quart de rotation, tendant à placer la face en regard de la fosse iliaque gauche. On parcourt ensuite le côté droit de l'enfant (2) jusqu'au pied de ce côté, que l'on entraîne dans le

vagin. On se conduit, du reste, comme dans la deuxième position du sommet, et comme dans la première position des pieds. (*Voyez* ces positions et tous leurs temps.)

Si l'on opérait de la main gauche, on repousserait la tête sur la fosse iliaque gauche, en suivant le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied, que l'on abaisserait dans la deuxième position de ces extrémités, comme à l'occasion de la première position du sommet.

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION IV.

Position fronto-cotyloïdienne gauche. (4e de Baud.)

Le front du fœtus est derrière la cavité cotyloïde gauche; la face sternale et les pieds répondent à l'abdomen du même côté; l'occiput est situé au devant de la symphise sacro-iliaque droite; le dos est au-dessus dans l'utérus. (*Voyez* pl. 71.)

On procède, pour la version de l'enfant, comme à l'occasion de la deuxième position du sommet. Dans l'un et l'autre cas, on introduit la main droite à gauche du bassin; on repousse l'occiput sur la fosse iliaque droite (1). On parcourt le côté, la hanche, la fesse, jusqu'au pied droit de l'enfant, que l'on dirige comme dans la première position de ces extrémités. (*Voyez* pl. 30.)

Mais lorsque l'enfant est volumineux, et le fond de l'utérus déjeté en devant, c'est le cas d'appliquer le précepte que nous avons recommandé précédemment, de faire coucher la femme au bord de son lit sur son côté gauche : placé derrière elle, on introduit la main droite à gauche de l'utérus jusqu'au genou droit de l'enfant.

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION V.

Position fronto-cotyloïdienne droite. (5e de Baud.)

L'occiput répond à la symphise sacro-iliaque gauche; le front est placé derrière la cavité cotyloïde droite; les pieds, situés du même côté, répondent au fond et en devant de l'utérus. (*Voyez* pl. 72.)

Pour cette position de la tête, on se conduit comme dans le cas de première position du sommet. On introduit la main gauche du côté droit du bassin; on repousse l'occiput sur la fosse iliaque gauche (1), puis on parcourt le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied du même côté (2), que l'on abaisse dans la deuxième position de ces extrémités. (*Voy.* pl. 31.)

L'attitude latérale droite de la femme présente ici de grands avantages pour la version et l'extraction de l'enfant, lorsqu'on a présens à la pensée les rapports du fœtus avec les divers points de la filière qu'il doit traverser.

Accouchement contre nature ou Manuel.

SECTION VI.

Position fronto-pubienne. (6e de Baudelocque.)

La remarque que nous avons fait faire à l'occasion de l'occiput au-dessus ou derrière les pubis est applicable ici, où l'occiput serait sur l'angle sacro-vertébral et le front derrière les pubis; c'est-à-dire que, dans cette position du sommet, la sixième de Baudelocque, la suture sagittale ne sera jamais directement parallèle à la ligne qui indique le diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. L'occiput sera situé à droite ou à gauche de la dernière vertèbre des lombes; la fontanelle quadrangulaire se trouvera à droite

ou à gauche de la symphise des pubis. Cette présentation de la tête étant encore à peu près celle des positions franchement obliques du sommet, il est probable que le tronc du fœtus et ses membres seront dans les mêmes rapports indiqués pl. 71 et 72.

Si l'on veut opérer de la main droite, on repousse le sommet, et on le dirige de manière que, l'occiput étant appuyé sur la fosse iliaque droite (1), le front regarde le côté gauche du bassin. Comme dans la deuxième position du sommet, on suivra le côté droit de l'enfant jusqu'au pied du même côté (11), que l'on abaissera dans la première position.

Et si, comme nous n'en doutons pas, on éprouvait de grandes difficultés, il faudrait encore se comporter comme il est recommandé pour les cas de positions obliques du sommet, le front en devant, occipito-iliaques *droite* ou *gauche*.

Accouchement contre nature.

SECTION VII.

Positions intermédiaires du sommet (Baudelocque), ou *occipito-iliaque gauche et droite.*

Ces positions fort rares du sommet exigent les mêmes procédés opératoires que les positions dont elles se rapprochent le plus. Ainsi, lorsque l'occiput est à gauche, on le place sur la fosse iliaque gauche, et on opère comme dans le cas de la première position du sommet. (*Voyez*, pour la position seulement, pl. 74; pour le procédé opératoire, pl. 62.)

Dans le cas de la position occipito-iliaque droite, on repoussera l'occiput sur la fosse iliaque près de laquelle il se trouve, et on procédera à la version de l'enfant comme

à l'occasion de la deuxième position du sommet. (*Voyez* pl. 66, et tous ses temps.)

ARTICLE VI.

Accouchement contre nature ou Manuel.

PRÉSENTATION DE LA FACE.

Après les quatre positions obliques du sommet, la face est, de toutes les régions de la tête du fœtus, celle qui se rencontre le plus souvent. On pourait dire que la présentation de cette région de la tête n'est qu'une conversion d'une des positions du sommet. Est-ce une trop grande obliquité de l'utérus qui détermine cette position de la tête au détroit abdominal, ou dépend-elle d'une disposition primitive de la situation du fœtus occasionnée par la présence d'un volume d'eau trop considérable? Dans cette dernière supposition, l'obliquité serait l'effet, et non la cause, de cette situation de la tête. Quoi qu'il en soit, nous avons vu un exemple de la présentation de la face au détroit abdominal, sur une femme morte enceinte et à terme, dans un accès de convulsions, et chez laquelle il n'y avait pas la moindre apparence de travail. L'enfant, du poids de sept livres, était situé de manière que la face était en travers du détroit abdominal, le menton à gauche comme il est représenté pl. 77.

Que l'obliquité de l'utérus soit la cause ou l'effet de la présentation de la face, les efforts de la contraction de cet organe, en passant d'un angle de son fond vers son orifice, agira toujours obliquement sur la partie du fœtus qui s'y présente. Ainsi l'extrémité inférieure de l'axe utérin, en traversant le tronc de l'enfant, passe obliquement de la base du crâne sur le front qui reçoit l'effort de la contraction; c'est le front qui s'engage le premier; l'occiput se renverse en arrière, et bientôt la face répond au

centre de l'excavation du bassin. La tête ainsi renversée, offre un volume beaucoup plus considérable que lorsqu'elle s'engage par sa pointe occipitale. Les os de la face n'étant point susceptibles de réduction, comme ceux de la voûte du crâne, la tête s'engage plus difficilement; chez la femme primipare le travail en devient plus long, plus fatigant pour elle. Les contractions successives, en augmentant l'extension forcée de la tête, donnent lieu au tiraillement de la moelle épinière, à la compression, à l'engorgement des vaisseaux du cou et de la tête : l'enfant est exposé à périr d'apoplexie. Mais l'obstacle dépend plus souvent encore de la dilatation irrégulière, et de l'irritation du col de l'utérus, que du défaut d'espace de la part du bassin. Dans cette position de la tête, l'irritation du col influe singulièrement sur celle du corps de l'organe en troublant son action. Si le corps de l'utérus se resserre avec force, sa contraction augmente par paroxismes, par redoublement; mais cette contraction n'a point cette alternative de souplesse et de dureté de tissu qui caractérise la contraction expultrice. On conçoit que, dans ce cas, la saignée, les bains, les potions opiacées, les pilules ou le sirop de Thridace promptement mis en usage, feraient cesser cet état de spasme du corps de l'utérus.

Heureusement que ce cas est bien moins souvent funeste qu'on ne pense généralement; sur *soixante-quatorze* exemples de présentation de la face, *cinquante-huit* enfans sont nés naturellement, dont *quarante-un* sans aucun secours de l'art, et *dix-sept* après qu'on a eu ramené le sommet au centre du bassin. *Quatorze* cas ont exigé la version de l'enfant par les pieds, et *deux* seulement l'application du forceps. Dans l'un de ces deux derniers cas, la mère avait des convulsions.

Ainsi, quoique présentant la face, l'enfant pourra naître vivant et naturellement, si la tête n'est pas trop volu-

mineuse, si les parties de la mère sont bien conformées, si les contractions de l'utérus sont fortes et soutenues, si la femme est courageuse et saine, et s'il ne survient aucun accident pendant le travail de l'accouchement.

Signes de la présentation de la Face.

On reconnaît la présence de cette région de la tête à une tumeur large, en partie solide, en partie mollasse, sur laquelle on distingue la commissure frontale, le bord supérieur des orbites, les yeux, le nez, les narines, la bouche, lorsqu'elle est ouverte, la langue et le menton; mais on ne peut être assuré de la présence de la face qu'immédiatement après la rupture des membranes; car les eaux étant une fois écoulées, la face très-promptement se tuméfie, et quelquefois à un tel point, qu'il est très-difficile de la reconnaître.

Les auteurs ont assigné *quatre* positions différentes pour la face, quoique rigoureusement on n'en puisse compter que *deux;* mais, en suivant la division établie avant nous, fidèle à notre plan, nous indiquerons le nombre de fois que la face s'est présentée dans chacune de ces positions.

SECTION PREMIÈRE.

Première position de la Face (Baudelocque), ou *mento-sacrale.*

(Sur 20,517 enfans, un seul s'est présenté dans cette position.)

On rencontre quelquefois la face située de manière que le menton se trouve au devant de la symphyse sacro-iliaque droite ou gauche: ce qui a pu faire croire qu'elle était primitivement située dans la direction du diamètre sacro-pubien, le menton appuyé sur la saillie du sacrum. Mais cette situation n'était point et ne pouvait être primi-

tive : nous l'avons vue plusieurs fois prendre cette direction après s'être présentée transversalement au détroit abdominal, le front s'approchant de plus en plus au centre de l'excavation du bassin : cependant ces cas se sont terminés naturellement ; le menton se rapprochait successivement de l'arcade des pubis, et finissait par s'y engager comme dans les positions transverses de la face. Dans un seul cas de cette nature, nous avons appliqué une branche du forceps pour faciliter ce mouvement de rotation de la face.

Dans cette situation de la tête du fœtus, le front est derrière un des pubis, et le menton est au devant de la symphyse sacro-iliaque opposée ; au fond de l'utérus sont situés les pieds et les fesses de l'enfant. Son côté gauche répond au côté gauche de la mère, le front ou la face est au centre du détroit abdominal. (*Voyez* pl. 75.)

1re *Indication* à remplir. Changer la situation de la tête ; repousser le menton au-dessus de la saillie du sacrum, afin de déterminer l'occiput à descendre le long de la face interne des pubis, ou derrière l'une ou l'autre cavité cotyloïde.

2e *Indication.* Repousser le menton au-dessus de la saillie du sacrum, reporter la tête sur l'une ou l'autre fosse iliaque ; sur la droite, si on opère de la main droite ; suivre le côté droit de l'enfant jusqu'au pied, comme dans le cas de la seconde position du sommet. (*Voyez* pl. 66.)

SECTION II.

Deuxième position de la Face (Baudelocque), ou *mento-pubienne.*

(Sur 20,517 enfans, pas un seul exemple de cette position.)

En supposant que la face puisse se présenter ainsi, le front serait appuyé sur le sacrum, le menton sur les pu-

bis ; le côté gauche de l'enfant répondrait au côté droit de la mère ; la face sternale serait en devant, ainsi que les pieds, qui seraient au fond de l'utérus. (*Voyez* pl. 76.)

1re *Indication.* De l'une ou l'autre main embrasser l'occiput qui serait au devant de la colonne lombaire de la mère, pour l'entraîner dans l'excavation, et le diriger vers l'une ou l'autre cavité cotyloïde.

Nous ferons remarquer, à l'occasion de ce précepte, dont heureusement l'application ne se rencontrera peut-être jamais, que si le tronc ne suivait point ce demi-cercle de rotation imprimé à la tête, on tordrait le cou de l'enfant.

2e *Indication.* De la main droite, repousser la tête, en dirigeant l'occiput sur la fosse iliaque droite; suivre le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds, que l'on amène à la vulve, comme dans la première position des pieds.

Si, au contraire, on opérait de la main gauche, on porterait la tête sur la fosse iliaque gauche, et, parcourant le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds, on l'abaisserait comme dans la première position de ces extrémités.

3e *Indication.* Si l'on ne pouvait entraîner l'occiput, ni déplacer la tête pour pouvoir aller chercher les pieds, il faudrait tâcher de repousser la face derrière les pubis, jusqu'à ce que l'occiput fût descendu dans la courbure du sacrum. L'accouchement, dans ce cas, se terminerait comme dans la sixième position du sommet.

4e *Indication.* Il vaudrait encore mieux faire coucher la femme sur l'un des côtés, comme dans l'une des positions obliques du sommet : fronto-cotyloïdienne, droite ou gauche.

SECTION III.

Troisième position de la Face (Baudelocque), ou *mento-iliaque droite.*

(Sur 20,517 enfans, 42 exemples de cette position.)]

C'est dans ces positions transverses de la face, qui se rencontrent le plus communément dans la pratique, que l'accouchement se termine, d'ordinaire, sans aucun secours de l'art.

La tête du fœtus est située de manière que le front est à gauche du bassin, et le menton à droite de cette cavité; au-dessus et dans la même direction sont les pieds; le dos et les fesses sont à gauche, au fond de l'utérus; la face, ou le front seulement, est au centre du bassin (*voy.* pl. 77).

Le plus ordinairement, le front, qui reçoit l'effet des contractions de l'utérus, s'abaisse en se dirigeant en arrière; pendant cette marche du front, le menton s'approche, en remontant en devant, derrière la cavité cotyloïde droite. Parvenue à cette situation oblique, la tête exécute un mouvement de rotation, le sommet se trouve dans la courbure du sacrum; le front et la face occupent le périnée; le devant du cou est appuyé derrière les pubis; le menton répond au centre de la vulve (*voy.* pl. 78).

Les contractions successives font descendre le sommet sur les plans inclinés du sacrum et du périnée. A mesure que l'extrémité, A, de l'axe oblique de la tête descend le long du sacrum, l'autre extrémité de l'axe, B, qui se termine au menton, s'avance dans la vulve et remonte au devant des pubis, à la manière de l'occiput, lorsque c'est lui qui se présente le premier (*voy.* la pl. 24, et la comparez avec la pl. 78).

La face vient bientôt se présenter au centre de la vulve; le

front, puis le sommet, se dégagent successivement, et enfin l'occiput, A, sort le dernier.

Lorsque la tête a franchi le détroit périnéal, le menton se dirige vers l'aine droite, situation qu'il avait dans le bassin. Les épaules se dégagent comme à la suite de la cinquième position du sommet.

Quand le travail se prolonge, ou qu'il se complique de quelques accidens, l'art indique les moyens suivans :

1ere *Indication.* Si les membranes sont récemment rompues; si l'orifice utérin est suffisamment dilaté, si la tête n'a pas tout-à-fait franchi le détroit abdominal, il faut tenter de repousser la tête au-dessus de ce détroit, et la replacer de manière à la faire engager par l'occiput.

Ainsi, dans cette troisième position de la face, que nous considérons comme une déviation de la première du sommet, on doit tâcher de ramener l'occiput derrière le trou sous-pubien gauche; pour y parvenir, il faut faire exécuter à la tête un mouvement composé de bascule et de semi-quart de rotation. Si l'on veut agir sur l'occiput, qui est situé à gauche du bassin, il faut introduire la main droite jusque sur la nuque, accrocher l'occiput avec l'extrémité des doigts, et l'entraîner de haut en bas, et en devant, vers l'arcade des pubis.

Si c'est sur la face que l'on veut agir pour déterminer l'occiput à descendre, on introduit la main gauche du côté droit du bassin, où se trouve le menton ; on refoule la face de bas en haut, et en arrière, au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, jusqu'à ce que l'occiput soit avancé derrière le trou sous-pubien gauche. On abandonne ensuite l'accouchement à la nature.

2e *Indication.* Introduire la main gauche à droite du bassin : porter la face sur la fosse iliaque gauche ; parcourir le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied de ce côté, et l'abaisser comme dans la seconde position de ces extrémités (*voy.* pl. 77 et 31).

On pourrait encore faire coucher la femme sur le côté droit comme dans la position fronto-cotyloïdienne droite ou gauche du sommet, pour opérer la version de l'enfant sur les pieds.

SECTION IV.

Quatrième position de la Face (Baudelocque), ou *mento-iliaque gauche.*

(Sur 20,517 enfans, 29 exemples de cette position.)

Cette position de la face, considérée comme une déviation de la deuxième position du sommet, est aussi, en proportion, plus rare que la précédente, qui a rapport à la première position du sommet.

Le menton étant à gauche du bassin, les pieds sont du même côté au fond de l'utérus; le front est appuyé sur la fosse iliaque droite (*voy.* pl. 79).

Dans l'accouchement naturel, le front s'abaisse le premier, et se porte en arrière vers la symphyse sacro-iliaque droite; le menton se rapproche en devant, et remonte derrière le trou sous-pubien gauche; la tête exécute un mouvement de semi-quart de rotation; son diamètre fronto-mentonnier se trouve dans l'axe du détroit périnéal, comme dans le cas précédent (*voy.* pl. 78).

Lorsque quelques circonstances ne permettent pas d'espérer que l'accouchement se terminera naturellement, l'art indique les moyens suivans :

1ère *Indication.* Ramener l'occiput à la deuxième position du sommet, en introduisant la main gauche dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite, jusque sur l'occiput, pour le ramener derrière le trou sous-pubien droit; ensuite, si les contractions sont fortes, on abandonne l'accouchement à la nature.

2e *Indication.* Introduire la main droite à gauche du bassin, repousser la face sur la fosse iliaque droite; par-

courir le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds, que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités, ou comme il est indiqué pour la deuxième position du sommet (*voy.* pl. 30 et 66).

ARTICLE VII.

SECTION PREMIÈRE.

Accouchement contre nature ou Manuel, l'enfant présentant les régions de sa face Antérieure ou Sternale.

(Sur 20,517 enfans, pas un seul à terme n'a présenté aucune de ces régions.)

Premières Positions de ces Régions.

Dans les premières positions du devant du cou, du devant de la poitrine, du ventre, du devant des cuisses, la tête serait en devant du bassin, au dessus des pubis; les pieds en arrière, vers les lombes de la mère; le côté gauche de l'enfant répondrait au côté gauche de l'utérus. (*Voyez* pl. 80 et 84.)

Procédés opératoires.

L'indication serait la même dans tous ces cas : introduire l'une ou l'autre main au devant du sacrum, pour aller chercher les pieds de l'enfant qui seraient plus ou moins élevés dans l'utérus, au dessus de l'angle sacro-vertébral.

SECTION II.

Deuxième Position des Régions antérieures ou sternales.

(Sur 20,517 enfans, pas un exemple d'enfant à terme, présentant l'une de ces régions, dans cette position.)

Dans la deuxième position du devant du cou, du devant de la poitrine, du ventre et du devant des cuisses, la tête

de l'enfant serait appuyée sur les lombes de la mère ; les pieds en devant, au-dessus des pubis; le côté droit de l'enfant regarderait le côté gauche du bassin.

Dans tous ces cas, où l'on peut supposer que l'utérus serait fort incliné en devant, il faudrait introduire l'une ou l'autre main derrière les pubis ; repousser le fond de l'organe vers la main introduite, pour en rapprocher les extrémités, ou au moins un des genoux, qui serait situé derrière la paroi antérieure de l'utérus, à un degré plus ou moins élevé. (*Voyez* pl. 81 et 85.)

Si un cas semblable se présentait, l'attitude latérale que l'on ferait prendre à la femme, serait la plus favorable pour l'introduction de la main, et pour entraîner les extrémités à la vulve.

SECTION III.

Troisième position des Régions antérieures ou sternales.

Dans la troisième position du devant du cou, de la poitrine, du ventre et du devant des cuisses, la tête serait à gauche du bassin et les pieds à droite. (*Voyez* pl. 82 et 85.)

Dans tous ces cas, l'indication serait la même : il faudrait introduire la main gauche du côté droit du bassin et de l'utérus où seraient situés les pieds, pour les amener à la vulve : ils se trouveraient dans la deuxième position de ces extrémités.

SECTION IV.

Quatrième position des Régions antérieures ou sternales du Fœtus.

Dans la quatrième position du devant du cou, du devant de la poitrine, du ventre, ou du devant des cuisses,

la tête de l'enfant serait située à droite et les pieds à gauche du bassin.

Si l'enfant présentait l'une de ces régions dans la quatrième position, il faudrait introduire la main droite à gauche du bassin et de l'utérus où sont situées les extrémités, pour les amener dans la première position des pieds. (*Voyez* pl. 88 et 87.)

ARTICLE VIII.

Présentation des Régions de la surface dorsale ou postérieure du Fœtus au détroit abdominal.

Les régions de la surface postérieure du tronc du fœtus, ainsi que ses régions antérieures, ne sont point propres à s'ajuster à la forme de l'utérus ni à celle du détroit supérieur du bassin; aussi ne s'en est-il pas rencontré d'exemples, si ce n'est *un* seul de l'occiput, *trois* du dos, et *deux* des lombes, *les enfans n'étant point à terme.*

SECTION PREMIÈRE.

PRÉSENTATION DE L'OCCIPUT.

Première position. — Cervico-pubienne.

La fontanelle antérieure se trouve au-devant de l'angle sacro-vertébral; le cervix ou derrière du cou est appuyé sur les pubis; le bord postérieur des oreilles regarde le fond du bassin; le côté droit de la tête répond au côté gauche de la mère; le dos est en devant, les pieds et les fesses en arrière. (*Voyez* pl. 88.)

Cette position de la tête étant attribuée à l'extrême projection antérieure du fond de l'utérus, la première indication à remplir serait de tâcher de faire coïncider l'axe de l'utérus avec celui du détroit abdominal.

Ainsi, il faudrait faire coucher la femme sur le dos,

ayant le bassin plus élevé que la poitrine ; relever le fond de l'utérus, le soutenir avec la main appliquée sur l'abdomen, afin de ramener l'orifice au centre de l'excavation, et déterminer le sommet à glisser le long du sacrum.

2e *Indication.* Introduire l'une ou l'autre main au devant du sacrum, le long du sommet ; avec l'extrémité des doigts accrocher le front pour le faire descendre et le diriger vers l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque. La tête se trouverait alors située comme dans la première ou la deuxième position du sommet, selon que l'occiput se trouverait placé derrière la cavité cotyloïde gauche ou droite. (*Voyez* pl. 88.)

3e *Indication.* Introduire l'une ou l'autre main ; si c'est la droite, embrasser la tête pour la porter sur la fosse iliaque droite, et la placer de manière que la face regarde le côté gauche du bassin ; parcourir le côté droit de l'enfant jusqu'au pied, que l'on engage dans la seconde position.

Si l'on opère de la main gauche, repousser l'occiput sur la fosse iliaque gauche ; se saisir du pied gauche, en suivant ce côté de l'enfant pour l'engager comme dans la deuxième position des pieds.

SECTION II.

Deuxième position de l'Occiput ou *cervico-sacrale.*

Le sommet, la fontanelle antérieure, sont derrière les pubis ; le cervix ou derrière du cou est appuyé sur l'angle sacro-vertébral ; le côté gauche de la tête (1) regarde le côté droit du bassin (2). La surface dorsale répond aux lombes de la mère, la surface sternale est en devant, ainsi que les pieds et les fesses qui occupent le fond de l'utérus.

Indication. Introduire la main droite du côté gauche du bassin ; repousser l'occiput sur la fosse iliaque droite (2), puis parcourir le côté droit de l'enfant jusqu'au pied de

ce côté, que l'on amène à la vulve; il se trouve alors situé comme dans la première position des pieds. (*Voyez* pl. 89.)

SECTION III.

Troisième position de l'Occiput ou *cervico-iliaque droite.*

Le cervix ou derrière du cou est appuyé sur la base de l'iléum droit; le sommet, sur le bord circulaire de la fosse iliaque gauche; le côté gauche de la tête répond aux pubis; le côté droit est au devant du sacrum; le dos de l'enfant est à droite de l'utérus; les pieds et les fesses à gauche, et au fond de ce viscère.

Comme cette position de la tête du fœtus serait accompagnée d'une grande obliquité latérale droite, on a donné, pour premier précepte, de faire coucher la femme sur le côté gauche, afin de déterminer le sommet à glisser le long de la paroi latérale gauche du bassin; le front se portant en arrière, l'occiput viendrait se placer en devant, derrière la cavité cotyloïde droite, comme dans la deuxième position du sommet.

2e *Indication*. Introduire la main droite du côté gauche du bassin, en l'insinuant le long du sommet jusqu'au front, que l'on accroche avec les doigts pour le faire descendre dans l'excavation; on le dirige ensuite au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche. L'occiput se trouverait alors situé derrière la cavité cotyloïde droite, comme dans la deuxième position du sommet.

3e *Indication.* Il faudrait encore introduire la main droite, passer l'extrémité des doigts sur le côté droit de la tête, et le pouce sur le côté gauche; soulever la tête pour la placer sur la fosse iliaque droite; parcourir le côté droit de l'enfant jusqu'aux extrémités inférieures, que l'on engagerait dans la première position des pieds.

SECTION IV.

Quatrième position de l'Occiput, ou *cervico-iliaque gauche.*

Dans cette position, l'inverse de la troisième, le derrière du cou est appuyé sur la fosse iliaque gauche ; le sommet répond au côté droit du bassin ; le côté droit de la tête répond aux pubis ; le côté gauche est au devant du sacrum ; le dos de l'enfant est situé à gauche de l'utérus ; les pieds et les fesses sont à droite, et au fond de ce viscère.

1re *Indication.* Pour corriger l'obliquité latérale gauche qui aurait pu donner lieu à cette mauvaise situation de la tête, il faudrait faire coucher la femme sur le côté droit, et lui faire garder cette attitude pendant les contractions de l'utérus.

2e *Indication.* Introduire la main gauche du côté droit du bassin ; accrocher le front et le diriger en arrière, pour ramener la tête à la première position du sommet. (*Voyez* pl. 91.)

3e *Indication.* Introduire également la main gauche vers la symphyse sacro-iliaque droite ; embrasser la tête avec la main ; la repousser sur la fosse iliaque gauche ; suivre tout le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds, qui doivent se trouver engagés dans la deuxième position de ces extrémités.

ARTICLE IX.

Présentation des Régions de la face dorsale ou postérieure du tronc.

SECTION PREMIÈRE.

Premières positions.

Dans les premières positions du cervix ou derrière du cou, du dos, des lombes, la tête du fœtus serait en devant, au-dessus des pubis, le dos en arrière; le côté gau-

che de l'enfant répondrait au côté droit de la mère ; les pieds et les fesses seraient plus ou moins au fond de l'utérus. (*Voyez* pl. 92 et 96.)

Pour opérer la version de l'enfant dans tous ces cas, on pourrait se servir indistinctement de l'une ou l'autre main ; si c'est de la droite que l'on opère, on l'insinue à gauche de l'utérus ; on repousse le côté droit de l'enfant du côté droit du bassin (2) ; on suit la hanche droite jusqu'au pied du même côté, que l'on engage le premier, et que l'on abaisse dans la première position des pieds.

Si c'est de la main gauche que l'on opère, on suit le côté gauche de l'enfant qui est à droite (2), et l'on abaisse l'extrémité gauche la première, comme dans la deuxième position des pieds.

SECTION II.

Deuxièmes positions du Cervix, du Dos et des Lombes.

Dans toutes les secondes positions de ces régions, la tête serait en arrière du bassin, les fesses en devant; le côté droit de l'enfant répondrait au côté droit de la mère; sa face sternale et ses pieds répondraient plus ou moins au fond de l'utérus. (*Voyez* pl. 93 et 97.)

Indication pour la deuxième position du derrière du cou. Introduire la main droite du côté gauche du bassin (2); repousser l'occiput sur la fosse iliaque droite (1). D'une main appliquée à l'extérieur, repousser le fond de l'utérus du côté gauche, en même temps que l'on parcourt le côté droit de l'enfant, jusqu'au pied du même côté (3), que l'on abaisse dans la première position de ces extrémités.

Pour les mêmes positions du dos et des lombes, il faudrait se borner à débarrasser le détroit abdominal en repoussant le côté gauche de l'enfant sur la fosse iliaque droite; incliner le fond de l'utérus du côté gauche de la femme, afin de rapprocher, de la main qui opère, l'extré-

mité inférieure du tronc de l'enfant. On parcourt la hanche gauche, la cuisse, la jambe et le pied, du même côté, que l'on fait descendre dans la première position des pieds. (*Voyez* pl. 97.)

SECTION III.

Troisièmes positions du Cervix, du Dos et des Lombes.

Dans toutes ces troisièmes positions, la tête de l'enfant serait à gauche du bassin; les pieds à droite; la face costale gauche répondrait à l'abdomen de la mère; la face costale droite en arrière; la face sternale regarderait plus ou moins le fond de l'utérus.

Indication pour la troisième position du *derrière du cou*. Introduire la main droite du côté gauche du bassin; embrasser de toute la main l'occiput qui est sur la fosse iliaque gauche; lui faire parcourir successivement les deux tiers antérieurs du bassin pour porter la tête sur la fosse iliaque droite!... (2). (*Voyez* pl. 97.) On suivrait le côté droit de l'enfant pour prendre le pied de ce côté, que l'on abaisserait dans la première position.

Si l'on se bornait à placer la tête au-dessus des pubis, c'est de la main gauche qu'il faudrait opérer: on suivrait le côté gauche de l'enfant jusqu'au pied, que l'on ferait descendre du côté droit du bassin (2).

Pour les troisièmes positions du *dos* et des *lombes*, si l'on opérait de la main droite, l'insinuer au-dessous du dos de l'enfant, jusque sur le côté droit, qui répond à la paroi postérieure du bassin; soulever un peu le côté de l'enfant, pour diriger le dos en avant de l'abdomen de la mère: l'enfant placé sur le côté droit (1), on avance les

---

(1) Comme il est situé dans la planche 147. (*Voyez cette planche.*)

doigts jusqu'à la hanche droite ; on gagne ensuite le pied du même côté, que l'on amène dans le vagin ; on va ensuite à la recherche du pied gauche, que l'on engage plus que le premier, afin de déterminer le mouvement de torsion nécessaire du tronc, et pouvoir le diriger comme dans la première position des pieds. (*Voyez* pl. 98.)

Si l'on opérait de la main gauche, on l'introduirait en devant du bassin, où répond la hanche gauche de l'enfant, que l'on suivrait jusqu'au pied de ce côté pour le faire descendre derrière les pubis (deuxième position des pieds).

SECTION IV.

Quatrièmes positions du Derrière du Cou, du Dos et des Lombes.

Dans les quatrièmes positions de ces trois régions, la tête serait située à droite du bassin, les pieds et les fesses à gauche ; le côté droit de l'enfant répondrait à l'abdomen de la mère, et le côté gauche en arrière ; la face sternale de l'enfant serait plus ou moins en rapport avec le fond de l'utérus (*voy.* pl. 95 et 99).

Indication pour la quatrième position *du derrière du cou.* Opérer de la main gauche ; saisir la tête qui est sur la fosse iliaque droite ; la repousser sur la fosse iliaque gauche (1), en lui faisant parcourir le demi-cercle antérieur du détroit abdominal, ou bien se borner à placer la tête au-dessus des pubis ; parcourir le côté gauche de l'enfant jusqu'aux pieds de ce côté, pour l'abaisser dans la deuxième position de ces extrémités.

Pour les quatrièmes positions du dos et des lombes, insinuer la main gauche au-dessous du tronc de l'enfant ; ramener le côté gauche au centre du bassin, de manière que le dos réponde à l'abdomen de la mère, et abaisser les deux pieds que l'on engage dans le vagin comme dans la deuxième position des pieds.

Si l'on opérait de la main droite, suivre le côté droit de l'enfant, la hanche, la cuisse, jusqu'au membre inférieur, qui est en devant et à gauche; lorsqu'on aurait amené les deux pieds, il faudrait faire des tractions plus fortes sur le gauche pour faire rouler le tronc et engager les fesses, comme dans la deuxième position des pieds.

ARTICLE X.

Accouchement contre nature ou manuel, l'enfant présentant un des côtés de la tête au détroit abdominal.

En parlant de l'accouchement naturel dans les positions obliques du sommet, nous avons fait remarquer que la tête s'engage dans un sens triplement oblique à l'égard du bassin; 1° que le sommet coupe obliquement le détroit abdominal; 2° qu'une des extrémités de l'axe occipito-frontal est plus basse que l'autre; l'occiput est plus incliné dans les deux premières positions du sommet, et c'est le front qui l'est davantage dans les quatrième et cinquième positions de cette région du crâne; 3° qu'une des extrémités de l'axe bi-pariétal est aussi plus basse que l'autre; la bosse pariétale gauche étant plus enfoncée en arrière du bassin, dans les première et cinquième positions, que la bosse pariétale droite; que dans les deuxième et quatrième positions, c'est la bosse pariétale droite qui est, en arrière, plus basse que la gauche, et que c'est par ces trois inclinaisons simultanées du sommet que la tête présente, en s'engageant, ses plus petits diamètres aux diamètres les plus grands du bassin.

(Nous croyons être la première qui ait fait connaître cette disposition de la tête et sa marche naturelle dans l'accouchement le plus ordinaire.)

Mais lorsqu'en diverses circonstances particulières, une de ces régions inclinées du crâne du fœtus prédomine sur

les autres, l'ordre naturel est interverti; la marche du travail en est ralentie ou totalement arrêtée, surtout, si c'est la bosse pariétale, ou un côté de la tête qui s'enfonce dans l'excavation. Alors c'est elle qui, plus ou moins inclinée, viendra se présenter à l'arcade des pubis, de manière cependant que le sommet conserve sa direction diagonale à un certain degré.

Aussi les première et deuxième positions des côtés de la tête ne se présentent jamais: ce sont celles qui approchent davantage des troisième et quatrième positions, reconnues et décrites avec plus ou moins d'exactitude, qui se rencontrent, et encore n'est-ce que très-rarement: on ne doit les considérer que comme une déviation des première, deuxième, quatrième et cinquième positions du sommet.

Sur 20,517 enfans, *six* cas de présentation de l'un des côtés de la tête: *un* seul exemple du côté droit; l'enfant est né naturellement: *cinq* exemples du côté gauche de la tête: on fit l'extraction de l'enfant par les pieds.

Signes qui caractérisent la présentation d'un des côtés de la tête.

Cette région de la tête se reconnaît à la présence de l'oreille, située plus ou moins au centre du détroit abdominal; la direction du pavillon de l'oreille, la situation du menton à l'égard du bassin, indiquent les rapports des autres régions de la tête avec ceux de cette cavité, et par induction, les rapports des autres parties de l'enfant avec l'utérus.

SECTION PREMIÈRE.

Première position du côté droit de la tête.

(Pas un seul exemple de cette position.)

L'occiput et le bord postérieur du pavillon de l'oreille

regardant la fosse iliaque droite, la face regarde la fosse iliaque gauche; le menton est situé au-devant de la symphyse sacro-iliaque du même côté; le sommet est situé en travers des pubis; le côté droit du cou est appuyé sur les lombes de la mère; les pieds et les fesses sont à gauche, au fond de l'utérus (*voy*. pl. 101).

Première position du côté gauche de la tête.

Le sommet, dans cette position, est situé aussi en travers des pubis; mais l'occiput et le bord postérieur de l'oreille regardent la fosse iliaque gauche; la face est tournée vers le côté droit du bassin; le menton en arrière; les pieds, du même côté que la face, sont situés à droite et au fond de l'utérus (*voy*. pl. 102).

Procédés opératoires.

Pour ces deux cas, on introduit indistinctement l'une ou l'autre main au-dessous de la tête; on la soulève vers les lombes de la mère, tandis que de l'autre main, appliquée à l'extérieur sur la région hypogastrique, on pousse la tête, à travers les parois abdominales, pour la faire descendre au centre du bassin. Une fois parvenue dans l'excavation, si, avant sa situation actuelle, la tête présentait son côté droit, elle se trouvera dans la deuxième position du sommet; si c'était son côté gauche, elle sera rendue à la première position du sommet.

Pour faire la version de l'enfant par les pieds, si c'est le côté droit de la tête, on opère de la main droite; on repousse l'occiput sur la fosse iliaque droite (1); on suit le côté droit de l'enfant jusqu'aux pieds, que l'on fait descendre dans la première position des pieds (*voy*. pl. 101).

Est-ce le côté gauche de la tête dans la première position : de la main gauche on repousse la tête sur la fosse

iliaque gauche; on suit le côté gauche de l'enfant; on abaisse les extrémités dans la deuxième position (*voy.* pl. 102).

SECTION II.

Deuxième position des Côtés de la Tête.

(Pas un seul exemple de cette position.)

Côté droit. L'occiput et le bord postérieur de l'oreille regardent le côté gauche du bassin (1); la face regarde le côté droit; le menton est derrière le pubis droit; le sommet est en travers du sacrum; le côté du cou est appuyé sur les pubis; le dos de l'enfant répond au côté gauche de l'utérus; sa face sternale répond à droite; sa face costale gauche est en arrière (*voy.* pl. 103).

Côté gauche. Le sommet est aussi en travers du sacrum; mais le bord postérieur de l'oreille et l'occiput sont à droite du bassin, tandis que la face est à gauche, les pieds sont au-dessus du même côté, au fond de l'utérus (*voy.* pl. 104).

Procédés opératoires.

Pour le côté droit de la tête : introduire la main droite à gauche du bassin, pour entraîner dans l'excavation l'occiput, qui est de ce côté, et le ramener à la première position du sommet.

S'il s'agit de la version totale, introduire la main gauche à droite du bassin; repousser l'occiput sur la fosse iliaque gauche, suivre le côté gauche de l'enfant pour amener les pieds dans la deuxième position de ces extrémités (*voy.* pl. 103).

Pour le côté gauche de la tête : si l'on a l'intention de ramener l'occiput derrière la cavité cotyloïde droite, on introduit la main gauche au-devant de la symphyse sacro-

iliaque droite; on accroche l'occiput, qui est de ce côté, et on l'entraîne dans l'excavation.

Pour amener l'enfant par les pieds, on se sert de la main droite, on repousse l'occiput sur la fosse iliaque droite, on parcourt le côté droit de l'enfant jusqu'au pied de ce côté, que l'on abaisse dans la première position des pieds (*voy.* pl. 104).

SECTION III.

Troisième position des Côtés de la Tête.

Côté droit. L'occiput et le bord postérieur de l'oreille regardent les pubis ; la face est au devant du sacrum ; le menton à droite et en arrière ; le sommet est situé en travers sur la fosse iliaque gauche ; le côté du cou et l'épaule droite sont à droite ; les pieds à gauche, au fond et en arrière de l'utérus (*voy.* pl. 105).

Côté gauche. Le sommet est également appuyé sur la fosse iliaque gauche ; mais ici la face est située en travers des pubis ; le bord postérieur de l'oreille, ainsi que l'occiput, sont situés au devant du sacrum ; le côté du cou et l'épaule gauche sont sur la fosse iliaque droite ; les pieds sont du même côté, en devant et au fond de l'utérus (*voy.* pl. 105).

Procédés opératoires.

Pour le côté droit de la tête : introduire la main droite en arrière et à gauche du bassin, où est situé le front ; le repousser au-dessus de la symphyse sacro-iliaque, au devant de laquelle il se trouve, pour déterminer l'occiput à descendre, et à se placer derrière la cavité cotyloïde droite.

Pour faire la version de l'enfant : se servir également de la main droite pour placer l'occiput sur la fosse iliaque droite, ou au-dessus des pubis (1), en suivant le côté droit

de l'enfant ; amener les pieds, que l'on fait descendre dans la première position (*voy*. pl. 105).

Présentation du côté gauche de la tête : insinuer la main droite dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche, où est situé l'occiput ; l'entraîner au centre du bassin pour le placer ensuite derrière le trou sous-pubien droit.

Version pour l'enfant. Opérer également de la main droite, pour repousser la tête, et placer l'occiput sur la fosse iliaque droite ; suivre le côté droit de l'enfant jusqu'aux extrémités, que l'on engage dans la première position des pieds (*voy*. pl. 106).

SECTION IV.

Quatrième position des Côtés de la Tête.

Côté droit. L'occiput, et le bord postérieur de l'oreille, sont au-devant de l'angle sacro-vertébral ; la face est en travers des pubis ; le menton à gauche ; le côté du col est appuyé sur la fosse iliaque gauche ; le sommet est situé sur la base de l'ilium droit ; le dos de l'enfant est en arrière de l'utérus ; les pieds et les fesses sont en devant et à droite (*voy*. pl. 107).

Côté gauche. Le sommet de la tête est encore, dans ce cas, appuyé sur la fosse iliaque droite ; mais la face est située en travers du sacrum, le menton à gauche ; l'occiput, et le bord postérieur de l'oreille, sont derrière les pubis ; le dos de l'enfant répond à l'abdomen de la mère ; les pieds et les fesses sont en arrière et à droite (*voy*. pl. 108).

Procédés opératoires.

Pour le côté droit : insinuer la main gauche au devant de la symphyse sacro-iliaque droite, où est l'occiput, que l'on accroche avec les doigts pour l'entraîner dans l'exca-

vation du bassin, et le diriger derrière le trou sous-pubien gauche.

La version par les pieds. Si l'on opère de la main gauche, il faut repousser la tête sur la fosse iliaque gauche, en lui faisant parcourir les trois quarts du cercle antérieur du détroit abdominal : puis on suit le côté gauche de l'enfant, jusqu'aux pieds, que l'on abaisse dans la deuxième position des pieds (*voy.* pl. 107).

Pour le côté gauche : repousser la face ou le front vers la symphyse sacro-iliaque droite (1); faire coucher la femme sur le côté droit pour déterminer l'occiput à descendre vers le pubis gauche.

Version par les pieds. Introduire la main gauche, repousser la tête, en dirigeant l'occiput sur la fosse iliaque gauche; parcourir le côté gauche de l'enfant jusqu'aux extrémités inférieures, que l'on engage dans la deuxième position des pieds (*voy.* pl. 108).

ARTICLE XI.

Accouchement contre nature ou Manuel, l'enfant présentant l'une de ses Régions costales ou latérales.

SECTION PREMIÈRE.

Premières positions des Régions latérales droites du tronc.

Dans les cas supposés de présentation du côté du cou, de l'épaule, du côté, de la hanche, en première position, la tête serait en devant, au-dessus des pubis; les fesses en arrière; le dos de l'enfant serait à droite de l'utérus; sa face sternale à gauche; les pieds du même côté et en arrière (*voy.* pl. 109 et 119).

Premières positions des Régions Latérales Gauches du tronc.

Dans toutes les premières positions du cou, de l'épaule, du côté, de la hanche gauche, la tête serait encore en devant, au-dessus des pubis, et les fesses en arrière; mais le dos de l'enfant serait à gauche de l'utérus, et la face sternale de l'enfant à droite de ce viscère; les pieds seraient du même côté, en arrière (*voy.* pl. 110 et 120).

Procédés opératoires.

Pour le côté droit : les pieds étant à gauche et en arrière, on introduirait la main droite le long du côté droit de l'enfant, jusqu'au pied du même côté, que l'on amènerait dans la première position de ces extrémités.

Pour le côté gauche : comme les pieds de l'enfant seraient en arrière et à droite, on opérerait de la main gauche, on suivrait le côté gauche qui se présente jusqu'aux extrémités, que l'on engagerait dans la deuxième position des pieds.

SECTION II.

Deuxièmes positions des Régions Latérales droites du tronc.

Dans toutes les deuxièmes positions du côté droit du cou, de l'épaule, du côté et de la hanche, la tête serait plus ou moins élevée au-dessus des lombes de la mère; les fesses répondant à l'abdomen; le dos est à gauche de l'utérus; la face sternale à droite de cet organe; les pieds seraient du même côté, et en devant (*voy.* pl. 121 et 111).

Deuxièmes positions des Régions latérales gauches du tronc.

Si le côté du cou, l'épaule, le côté ou la hanche gauche

se présentait dans cette position, la tête serait en arrière du bassin, les fesses en devant; mais le dos étant à droite de l'utérus, la face antérieure de l'enfant répondrait au côté gauche de la mère (*voy.* pl. 112 et 122).

Procédés opératoires.

Régions droites : les pieds étant à droite et en devant de l'abdomen, il faudrait introduire la main gauche dans un état de supination forcée; repousser, avec la main droite, le fond de l'utérus vers l'axe du détroit abdominal, en l'inclinant à droite, pour rapprocher les pieds de l'enfant, vers la main introduite, qui doit s'en saisir : on amènerait les deux pieds, que l'on abaisserait dans la deuxième position de ces extrémités.

Régions gauches : ici les pieds sont à gauche et en devant; il faut opérer de la main droite, que l'on introduit également dans un état de supination pour parvenir jusqu'à l'extrémité gauche, que l'on ferait descendre dans la première position des pieds.

SECTION III.

Troisième position des Régions latérales droites du tronc.

L'enfant est situé en travers du bassin; la tête est à gauche et les fesses à droite; le dos de l'enfant répond à l'abdomen de la mère, sa face sternale répond à la paroi postérieure de l'utérus, les pieds sont à droite et en arrière. (*Voyez* pl. 113, 117 et 123.)

Troisièmes positions des Régions latérales gauches du tronc.

Le tronc de l'enfant est situé en travers du bassin, la tête est aussi à gauche, et les fesses à droite; mais dans la troisième position de chacune des régions gauches, le

dos de l'enfant répond aux lombes de la mère, et sa face sternale répond à la paroi antérieure de l'utérus : les pieds sont en devant et à droite de cet organe. (*Voyez* pl. 114, 118 et 124.)

Procédés opératoires.

Régions droites : les pieds sont en arrière et à droite : on introduit la main droite au-dessous du tronc de l'enfant, que l'on soulève vers les pubis, pour débarrasser le détroit abdominal ; on suit le côté droit jusqu'aux pieds ; on tâche de les entraîner tous les deux, en les faisant passer entre la face sternale de l'enfant et le sacrum de la mère ; on fait des tractions plus fortes sur le pied gauche, pour déterminer la rotation de la partie inférieure du tronc. (*Voyez* pl. 113.)

Pour la hanche droite : on se servirait de l'une ou l'autre main pour abaisser les pieds qui sont en arrière et à droite. (*Voyez* pl. 123.)

Régions gauches : introduire la main gauche à droite et en devant du bassin, en suivant les régions costales gauches de l'enfant, jusqu'à ce qu'on ait saisi le pied gauche, qui est derrière la paroi antérieure et latérale droite de l'utérus. On fait passer cette extrémité au devant de la face sternale de l'enfant, et derrière les pubis de la mère, jusque dans le vagin : on tire uniquement sur ce membre pendant quelques instans, pour faire prendre aux fesses une direction favorable ; enfin on dégage le tronc, comme il est dit pour la seconde position des pieds. (*Voyez* pl. 114.)

Même procédé pour la troisième position du côté et de la hanche gauche. (*Voyez* pl. 114, 118 et 124.)

SECTION IV.

Quatrièmes positions des Régions latérales droites du tronc.

L'enfant, comme dans les troisièmes positions, est situé en travers du bassin; mais dans celle-ci la tête est à droite, et les fesses à gauche; le dos est en arrière et la face sternale en devant, ainsi que les pieds, qui sont à gauche. (*Voyez* pl. 115 et 125.)

Quatrièmes positions des Régions latérales gauches.

Situé en travers du bassin, la tête à droite et les fesses à gauche, l'enfant présente le dos à l'abdomen de la mère; le devant de la poitrine, le ventre est en arriere, ainsi que les pieds, qui sont à gauche. (*Voyez* pl. 116 et 126.)

Procédés opératoires.

Régions droites : les pieds étant à gauche et en devant de l'utérus, introduire la main droite, dans la supination forcée, pour parvenir jusqu'au pied; suivre la hanche, la cuisse droite; dégager cette extrémité; aller à la recherche de l'autre, sur laquelle on fera des tractions plus soutenues, afin de faire décrire aux fesses le mouvement de rotation qui convient pour les engager dans le détroit abdominal.

Régions gauches : si l'on opère de la main gauche, l'insinuer au-dessous du tronc de l'enfant, que l'on soulève au-dessus des pubis, afin de débarrasser le détroit abdominal; diriger la main du côté gauche, où sont les pieds, pour les faire descendre entre la poitrine de l'enfant et le sacrum de la mère; tirer pendant quelques instans sur l'extrémité droite, pour engager la hanche de ce côté à descendre la première, au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, comme dans la première position des pieds.

Quelques réflexions sur la présentation des Régions latérales du tronc de l'enfant.

Si nous consultons encore la pratique de l'hospice de la Maternité, nous ne rencontrerons pas un seul exemple d'enfant à *terme* qui ait présenté une de ces régions latérales dans le sens du diamètre sacro-pubien du bassin (premières et secondes positions). Dans les cas de présentation de ces régions, l'enfant était situé obliquement en travers de la cavité pelvienne ; tête en bas, siége en haut de la cavité utérine.

On trouvera dans la table synoptique des accouchemens que, sur 20,517 naissances, il s'est rencontré 80 exemples de présentation des épaules, 3 des côtés du tronc et 5 des hanches.

Sur les 80 présentations des épaules, 79 se sont offertes dans les *troisièmes* ou *quatrièmes positions* ; on n'a remarqué qu'un seul exemple de *première position* de l'épaule droite, sur un enfant du terme de six mois ; il a été expulsé spontanément, ainsi que *sept* autres qui n'étaient point à terme, et qui s'étaient présentés transversalement ; la tête et l'épaule sortaient ensemble. Les 72 enfans à terme ont été extraits par les pieds.

Dans les trois cas de présentation des *côtés*, les enfans n'étaient point à terme ; *deux* ont été expulsés en double, par les seules contractions de l'utérus ; on a aidé à l'expulsion du troisième.

Sur les *cinq* cas de présentation des *hanches*, *trois* des enfans sont nés naturellement ; on a été chercher les pieds des deux autres pour aider à leur expulsion.

Ainsi, les *épaules* sont, de toutes les régions latérales, celles qui se rencontrent le plus communément dans la pratique, mais dans *deux* positions seulement pour chaque épaule, au lieu de *quatre*, comme on le dit.

L'observation de M. Velpeau, qui tend à prouver la possibilité de la présentation de l'épaule dans le sens du diamètre sacro-pubien, ne fera pas changer notre conviction, puisque cet auteur ne nous dit rien de l'âge ni du *volume* du fœtus. Nous répétons encore une fois que nous admettons volontiers toutes les positions possibles des fœtus *avortons*, jusqu'aux 5 et 6e mois, même *à une époque encore plus rapprochée* du terme normal, s'il est mort, inerte, molasse, sans consistance; mais nous n'en reconnaissons pas la possibilité, si l'enfant est vivant et à terme.

La présentation des épaules étant un cas qui se présente assez fréquemment dans la pratique, nous en ferons le sujet d'un article particulier.

ARTICLE XII.

Accouchemens manuels, difficiles, ou contre nature. Présentation de l'épaule et du bras.

Nous avions voulu dans les éditions précédentes de cet ouvrage, nous abstenir d'entretenir nos lecteurs des opérations sanglantes, pratiquées dans les cas de présentations de l'épaule et du bras; nous pensions que citer les mauvais exemples, c'était engager l'ignorance à les suivre. Mais comme les détails de ces sortes d'opérations sont encore venus depuis peu de temps, soulever d'indignation plusieurs contrées de notre pays, nous examinerons les cas analogues ou de même nature, qui se sont présentés ailleurs et même encore chez nous, et nous tâcherons d'en faire ressortir quelques avantages en faveur de la science et de l'humanité.

Signes de la présentation de l'épaule et du bras.

Obliquité latérale de l'utérus; vide de l'excavation du bassin; avant la rupture des membranes, la présence de la poche de l'eau, pleine et bombante, empêche de re-

connaître la partie qui se présente au détroit abdominal. Lors même que la main, une partie de l'avant-bras serait engagée, on ne saurait encore affirmer que l'épaule se trouvât en plein au détroit supérieur, puisqu'on voit assez souvent l'une de ces extrémités se présenter avec la tête ou les fesses, quand toutefois le fœtus n'est pas trop volumineux.

Ainsi, les membranes étant intactes, le bras de l'enfant n'étant point engagé dans l'orifice utérin, la présentation peut être confondue avec celle de la hanche, d'un des côtés des fesses, à cause de la surface lisse qu'elle présente au toucher. Mais le pli de l'aisselle, le contour des côtes, la clavicule, l'omoplate ou *scapulum*, la portion arrondie du haut du bras, l'*acromion*, feront distinguer cette partie de toute autre, si l'on apporte dans cet examen, toute l'attention que mérite un cas douteux.

Des causes de la présentation de l'épaule.

La petitesse relative du fœtus, ou son trop gros volume au détroit abdominal: ce dernier cas favorise l'obliquité de l'utérus et celle du fœtus.

Les présentations de l'épaule et des bras se rencontrent souvent dans les cas d'avortemens, d'accouchemens prématurés, dans les grossesses gémellaires; plus souvent de la part du second fœtus. C'est dans cette circonstance que nous avons été plusieurs fois témoin de l'expulsion spontanée tête et épaule à la fois.

Les causes déterminantes de la présentation de l'épaule sont attribuées aux mouvemens violens de la part de la mère, tels que ceux qu'occasionent la danse, les sauts, les cahots d'une voiture rude ou mal suspendue.

Une autre cause de ces sortes de positions obliques du fœtus de la part de la mère, la seule peut-être que l'on puisse admettre, est la trop grande largeur du bassin dans

son diamètre transversal, l'évasement en dehors qu'affectent les os des îles, qui forment, au-dessus du détroit supérieur, une espèce de conque ou de lit où se trouve obliquement couché le fœtus. L'utérus incliné sur l'un des côtés, se prête à cette attitude inclinée de l'enfant.

Cette disposition à l'inclinaison latérale du fœtus, dépend encore de l'état de laxité des parois de l'utérus et du relâchement des ligamens de cet organe.

Le degré d'inclinaison de l'utérus peut encore dépendre de la position primitive du fœtus. Lorsque sa tête est appuyée hors du centre du détroit supérieur, sur l'une des fosses iliaques, par exemple, lorsque la grossesse est accompagnée de constipation, les contractions utérines, une fois bien établies, la tête restant stationnaire dans la position qu'elle affecte, c'est l'acromion qui s'enfonce le premier dans le détroit abdominal, la tête se renverse de plus en plus sur l'épaule opposée, et dans ce cas, plus le fœtus est petit, plus facilement aussi il peut s'accommoder à la forme du grand bassin et même à celle de l'excavation pelvienne, comme le prouvent les nombreux exemples de cette présentation dans les avortemens et dans les grossesses doubles.

Désignation de la présentation des épaules.

Nous répéterons encore une fois ici que des huit positions de l'épaule, assignées par Baudelocque, il n'en existe réellement que *quatre*, et peut-être même que *deux*; l'enfant situé obliquement en travers dans l'utérus, ayant la tête en bas et le siége en haut, se présente sur son côté droit ou sur son côté gauche, la tête appuyée à droite ou à gauche du bassin de la mère, de manière que le fœtus présente sa région sternale en devant ou en arrière de la cavité pelvienne de la mère.

Si on voulait désigner les présentations par ordre nu-

mérique, en rapport avec la fréquence de la présentation, la quatrième position de l'épaule droite, par Baudelocque, devrait être la première, puisque sur 79 présentations de l'épaule et du bras, on en compte 27, tête à droite, sternum en avant, pieds en devant et à gauche de la mère.

La quatrième de l'épaule *gauche* de l'auteur cité, devrait être, numériquement parlant, la première de cette position, puisqu'elle est, après la première du bras droit, celle qui se présente le plus souvent (20 fois sur 79).

La troisième position de l'épaule droite, par la même raison, devrait être la *seconde*, puisqu'elle ne s'est présentée que 19 fois sur 79.

Enfin, la troisième position de l'épaule gauche, de Baudelocque, étant de toutes, la moins fréquente, devrait être la deuxième position de la même épaule, par les raisons déjà données.

Jusqu'à présent, les écrivains ont établi des dénominations plus ou moins caractéristiques des rapports de la partie qui se présente avec tels ou tels points du bassin; mais ces dénominations sont si différentes entr'elles, qu'elles embarrassent et rebutent les élèves qui veulent suivre ou étudier plusieurs maîtres en même temps.

Si, mettant tout amour-propre de côté, les plus habiles accoucheurs, les écrivains les plus instruits, se réunissaient en comité, pour s'entendre sur ce point, si l'académie de médecine elle-même proposait des dénominations exactes, caractéristiques, faciles à retenir, elle rendrait un service réel à la science obstétricale, à tous ceux qui se livrent à l'enseignement et à l'étude de cette science que l'on a voulu rendre importante en la hérissant d'obscures difficultés.

En attendant, nous allons encore suivre la méthode de Baudelocque, pour les *troisième* et *quatrième* positions de l'épaule *droite* et de l'*épaule gauche*.

Rapports de l'enfant avec le bassin de la mère. Troisième position de l'épaule droite.

L'enfant situé très-obliquement dans l'utérus, a la tête appuyée sur le côté gauche du bassin, le dos en devant, le scapulum derrière le pubis de la mère; les pieds sont en arrière et à droite.

Troisième position de l'épaule gauche.

La tête de l'enfant est encore appuyée sur le côté gauche du bassin de la mère; mais ici la face *sternale* est en devant; les pieds sont aussi à droite et en devant de l'utérus.

Quatrième position de l'épaule droite.

La tête de l'enfant est à droite; mais la face sternale du tronc est en devant; les pieds sont aussi en devant, mais à gauche de l'utérus.

Quatrième position de l'épaule gauche.

Tête de l'enfant encore à droite; mais c'est son dos, sa face dorsale, qui est en devant; ses pieds à gauche, sont en arrière, en rapport avec sa poitrine et la région lombaire de la mère.

Si l'on conservait des doutes sur les rapports de position de l'enfant avec l'utérus et le bassin, l'orifice étant suffisamment dilaté, il faudrait rompre les membranes si elles ne l'étaient déjà, et dégager l'avant-bras, pour s'assurer d'une manière exacte dans quelle position se trouve la partie qui se présente, afin de faire prendre à la femme l'attitude qui convient pendant l'opération, et pour se déterminer soi-même sur le choix de la main qui doit aller saisir les pieds de l'enfant.

Soit que la procidence du bras ait été spontanée, soit

que ce membre ait été engagé artificiellement et à dessein dans l'orifice, il faudra, en portant le doigt jusqu'à l'aisselle du fœtus, s'assurer si la situation de ce membre n'est pas forcée; en ramenant le doigt le long de son bras, on suivra le pli du coude, l'avant-bras jusqu'à la face palmaire de la main.

Alors on aura présent à l'esprit, les rapports naturels du bras avec les autres parties du corps du fœtus. On se rappellera aussi que ses membres inférieurs sont fléchis sur sa face sternale. Mais lorsque le dedans de la main de l'enfant regarde le sacrum de la mère, le dos de l'enfant est en devant et ses pieds en arrière. Si le pouce de la main qui est descendu, regarde l'arcade des pubis, et le coude le côté droit de la mère, les pieds sont en arrière et à droite. Troisième position de l'épaule droite (*voyez* pl. 113).

Si l'angle du coude du fœtus regarde le côté gauche du bassin de la mère, quoique le dedans de la main regarde le sacrum, les pieds sont du côté du coude, mais en arrière. Quatrième position de l'épaule gauche (*voy*. pl. 116).

Quand le dedans de la main du fœtus regarde l'arcade des pubis de la mère, les pieds sont en devant; si l'angle du coude répond à droite du bassin, les pieds sont en devant à droite de l'ombilic de la mère. Troisième de l'épaule gauche (*voy*. pl. 114).

Si l'angle du coude de l'enfant répond à gauche de la mère, les pieds sont aussi à gauche, et en devant de l'utérus; le dedans de la main est en devant, le pouce regarde l'arcade des pubis (4e pos. de l'épaule droite, *voy*. pl. 115).

Règles à observer pour opérer dans les cas de présentation de l'épaule ou du bras du fœtus.

Nous ne saurions trop répéter qu'il faut veiller avec la plus grande attention à la conservation des membranes

qui sont menacées de se rompre à chaque contraction de l'utérus. Pour cela, il faut de toute nécessité *rester* chez la femme en travail; lui faire garder une position horizontale, et s'opposer à toute espèce d'efforts de sa part et à les prévenir par tous les moyens convenables.

Cependant, si les membranes se rompent en notre absence, ou si elles s'étaient rompues prématurément, on préviendrait encore, par l'attitude en supination, l'entier écoulement de l'eau de l'amnios.

On n'oubliera pas que la forme ordinairement ovoïde du fœtus, n'étant point en rapport avec la figure elliptique qu'affecte accidentellement la matrice, les contractions n'agissent que faiblement sur l'orifice de cet organe, dont les bords restent plus ou moins épais, quoique souples; et que, par conséquent, la dilatation s'en fait lentement en apparence: c'est pourquoi il faut de temps en temps s'assurer s'il est, ou non, dilatable.

L'oubli des précautions et des attentions que nous venons de recommander, ou leur négligence, est la première cause des accidens qui résultent de la présentation du bras.

La première et l'unique indication que présentent ces sortes de cas, est la version de l'enfant sur les pieds.

Lorsque l'orifice est mou, souple, dilatable, on fera bien de tenter l'opération avant la rupture des membranes que l'on opérera *dans l'utérus même* après que la position sera reconnue.

Si les membranes viennent à se rompre brusquement, il faut, si on est à même de le faire, saisir cet instant pour aller à la recherche des pieds de l'enfant, en opérer la version et l'extraction, si toutefois l'état de l'orifice le permet.

L'orifice se laisse plus souvent dilater artificiellement qu'on ne croit, à la première tentative de l'introduction des doigts dans le vagin.

Procédés opératoires.

Lorsque le bras de l'enfant est sorti, on se gardera bien d'essayer de le faire rentrer, non pas, comme on le dit, parce qu'il est impossible de rendre à l'utérus une partie dont il s'est débarrassé, cela n'est vrai que pour une partie d'un gros volume, et dans le cas de spasme de l'organe et de son orifice; car si la main et l'avant-bras d'un adulte peuvent pénétrer dans l'utérus pour aller saisir les pieds de l'enfant, malgré l'obstacle qu'oppose la partie qui se présente, il serait bien plus facile encore d'y faire pénétrer la petite main du fœtus. Mais on ne doit pas tenter la réduction du bras, parce que la présence de ce membre ne nuit point, ou très-peu, à l'introduction de la main qui doit opérer, surtout lorsqu'elle est *mince*, *souple*, *réductible* et d'un *petit volume*, et qu'en cherchant à restituer le membre sorti, on s'exposerait à le luxer ou à le fracturer, sans qu'il en résultât aucun avantage pour le succès de l'opération.

Nous avons déjà dit ailleurs qu'il est nécessaire, dans le cas de doute sur la position, de dégager l'avant-bras pour reconnaître, d'une manière certaine, les rapports du fœtus et de ses parties avec la cavité qu'il doit traverser. On fera prendre à la femme l'attitude qui convient pour l'opération que l'on se propose de faire. On appliquera un lacs sur le poignet sorti, afin de le maintenir allongé lorsqu'il rentrera dans l'utérus, par suite et à mesure de l'extraction des pieds et du tronc du fœtus.

Lorsque c'est le bras droit qui se présente, que l'acromion est à gauche ainsi que la tête, l'omoplate en devant, derrière les pubis de la mère, les pieds de l'enfant sont en arrière vers les lombes. On glisse la main droite à gauche du bassin de la mère, au-dessous du tronc de l'enfant que l'on soulève pour le fixer au-dessus des pubis.

On va chercher les pieds de l'enfant, on les fait descendre au devant de son ventre, qui correspond en arrière du bassin de la mère.

Si le sternum de l'enfant est en devant de la mère, les pieds sont à droite; on se sert de la main droite: si les pieds sont à gauche, on se sert de la main gauche (*voyez* pl. 113).

Lorsque le sternum de l'enfant est en devant, les pieds sont aussi en devant vers l'ombilic de la mère. On conseille de porter la main dans une pronation forcée : la droite, si les pieds sont à gauche; et la gauche, si les pieds sont à droite. Mais on a plus de facilité de la main droite, à se saisir des pieds qui sont à droite, et de la main gauche, lorsqu'ils sont à gauche; le mouvement du bras étant plus naturel, on est moins gêné pour opérer. (*Voyez* pl. 114.)

Nous ne terminerons pas cet article sans rappeler qu'indépendamment des obstacles qui viennent de l'engagement trop prompt et trop facile de l'épaule et du bras de l'enfant, l'orifice peut présenter une résistance assez forte aux contractions de l'utérus, soit à cause de l'épaisseur et de la résistance de ses bords, soit à cause d'un engorgement squirrheux qui détermine une tuméfaction considérable du bras de l'enfant, et l'impossibilité de pénétrer dans l'utérus. Dans le premier cas, il faudrait pratiquer une ample saignée du bras, appliquer une vingtaine de sangsues à l'anus, dans les plis de l'aine, surtout s'il y avait de la chaleur et de la fièvre.

Dans le second cas, il faudrait comme on l'a pratiqué quelquefois, faire une incision sur un des bords de l'orifice pour faciliter l'introduction de la main qui doit opérer ainsi qu'il a été dit précédemment.

Des difficultés que peut offrir la présentation du Bras.

Cette opération, toute simple qu'elle paraisse dans la manœuvre exercée sur le mannequin, présente comme nous l'avons déjà fait pressentir, de grandes difficultés sur le sujet vivant. Pour certains praticiens ces difficultés ne peuvent être surmontées que par l'application de divers moyens plus ou moins violens.

Les obstacles naissent de l'enfoncement de l'épaule dans l'excavation du bassin, après la rupture des membranes.

2° De la contraction opiniâtre et intéressante de l'utérus sur le corps de l'enfant qui tend à s'engager de plus en plus, et à s'opposer à l'introduction de la main.

Mais l'obstacle le plus formidable à la version de l'enfant, dans le cas et dans les circonstances ci-dessus énoncées, est sans contredit, *le volume de la main de l'opérateur.*

La main volumineuse qui doit opérer, ajoutée à la masse que présente le fœtus pelotonné sur lui-même, et embrassé fortement par les parois de l'utérus contracté, est peut-être la seule cause des accidens sans nombre qui accompagnent l'accouchement dans les cas de présentations du bras.

L'accoucheur et la sage-femme qui ont la main petite, grêle, éprouvent bien moins de difficultés pour pénétrer dans l'utérus, et faire la version de l'enfant sur les pieds ; les femmes ayant généralement la main plus petite que celle de l'homme, elles ont aussi plus de succès dans la terminaison de ces sortes d'accouchemens. Aussi depuis que des médecins se sont faits accoucheurs, ils ont volontiers permis aux femmes de pratiquer cette opération, en se réservant l'usage du *forceps*, dont l'application est, dans le plus grand nombre des cas, de beaucoup plus facile que la version par les pieds.

Dans beaucoup de pays on impose encore aux femmes l'obligation d'appeler le secours d'un homme, dans les circonstances qui obligent la version de l'enfant, ou d'attendre, pour opérer, que l'accoucheur se soit rendu près de la femme en travail; mais la nature qui n'a pas de ces déférences, marche toujours son train; et le plus souvent l'accouchement devient impraticable pour l'accoucheur, quand il eût été d'abord facile pour la sage-femme comme pour lui. Ainsi, la mère et l'enfant sont victimes des prérogatives que se sont adjugées les hommes, comme on pourra s'en convaincre dans l'extrait que nous allons donner de la pratique de Ramsbotham.

Que l'on ait des sages-femmes honnêtes, instruites, intelligentes, ayant les mains longues et effilées, et elles termineront tous les accouchemens manuels praticables. Nous voyons dans l'extrait que nous venons de faire des observations pratiques de madame Lachapelle, que sur trente-cinq cas de présentation de l'épaule ou du bras, ils ont tous été opérés avec la *main seule ;* dans les cas même qui présentaient les plus grandes difficultés, l'enfant fut amené sans le secours d'aucun instrument, d'aucune opération sanglante, ni sur le fœtus, ni sur la mère, et cela par la sage-femme en chef, ou par une élève choisie et dirigée par elle. Un résultat si différent ne peut être attribué, comme nous l'avons dit, qu'à l'extrême différence du volume de l'instrument employé pour opérer. La main d'un homme, comparativement plus grande et plus grosse que celle de la femme, doit nécessairement éprouver une plus grande résistance dans les parties génitales ; il arrive même très-souvent que ces difficultés pour l'accoucheur sont insurmontables, comme nous avons pu nous-même nous en convaincre plusieurs fois, et comme il est prouvé par la pratique que nous allons mettre sous les yeux du lecteur.

Il serait donc à désirer, lorsque la sage-femme rencontre un cas de cette nature, ou analogue pour les moyens de le terminer, que l'accoucheur qu'elle aurait appelé, lui laissât le soin d'aller elle-même chercher les pieds de l'enfant, et de les amener à la vulve; si l'accoucheur, comme je le suppose, est instruit et prudent, il devrait se borner à diriger la sage-femme, à l'aider dans l'extraction du fœtus; les choses n'en iraient que mieux pour la mère et l'enfant; la responsabilité *morale* de la sage-femme serait à l'abri de tout reproche; l'accoucheur garanti de l'horrible nécessité de mutiler ou d'égorger l'enfant. En se conduisant ainsi, l'homme de l'art consciencieux aurait rempli un devoir d'humanité sans rien perdre de ses intérêts matériels, ni de la considération qui lui serait due.

Nous recommandons de nouveau les deux tables suivantes à l'attention et à la méditation de ceux qui cultivent spécialement l'art obstétrical et à tous ceux qui s'intéressent à l'art de conserver et de guérir. Est-il bien possible qu'au 19e siècle, chez une nation où brillent du plus pur éclat les sciences naturelles et médicales, on trouve encore autant de barbarie et de cruauté dans la pratique des accouchements, et assez peu de pudeur pour oser proposer des actes d'une horrible boucherie comme règle de conduite dans des cas, il est vrai assez souvent difficiles, mais qui peuvent être pratiqués par des femmes, sans inconvénient pour la mère et rarement aussi pour l'enfant!!

ABLE SYNOPTIQUE *dressée et rédigée d'après les observations rapportées par* Rambostham, académicien de Londres.

ÉROS anglais.	ÉROS d'ordre.	MODE opératoire.	DÉTAILS des opérations.	RÉSULTATS.
	1	Version sur les pieds.	Enfant à terme.	Rétablissement — enfant vivant.
	2	Répulsion du bras.	Expulsion naturelle.	Enfant vivant.
	3	Version.	Après avoir tenté la décapitation — succès.	Mort.
	4	Version.	Après avoir tenté inutilement la décapitation — extraction.	Mort.
	5	Jumeaux — version.	Version facile du 1er enfant, le 2e expulsé par les pieds.	
	6	Version — perforation du crâne.	Après l'extraction du tronc la tête s'arrête au détroit supérieur. L'auteur ne dit ni comment, ni pourquoi — Perforation du crâne par le trou occipital, ensuite application du crochet.	Espérance de rétablissement pour la mère.
	7	Amputation des deux bras.	Coupés dans l'articulation de l'épaule ; perforation de la poitrine — éventration — décapitation.	Longue convalescence.
	8	Perforation de la poitrine.	Éventration par le diaphragme.	Rétablissement prompt.
	9	De même.	Même procédé — même résultat.	*Idem.*
	10	De même.	Même procédé — même résultat.	*Idem.*
	11	De même.	Même procédé — même résultat.	*Idem.*
	12	Perforation de la poitrine.	Éventration, extraction par les hanches avec le crochet.	Espérance de rétablissement.
	13	Perforation de la poitrine.	Eviscération ; la tête se rapprochant du détroit supérieur, on la coupe avec le décapitateur (ciseaux courbes et croisés).	Rétablissement.
	14	Perforation de la poitrine.	Resserrement du bassin — éviscération — version par les fesses. On ne dit pas que la tête ait présenté de difficulté pour sortir, ce qui laisserait des doutes sur le resserrement du bassin.	Rétablissement.

NUMÉROS des observations de l'auteur anglais.	NUMÉROS d'ordre.	MODE opératoire.	DÉTAILS des opérations.	RÉSULTAT
CXII	15	Perforation de la poitrine.	Mêmes résultats pour la mère.	Rétablissem
CXIII	16	Version.	Par les pieds après une heure de tentatives — la tête retenue au détroit supérieur — arrachement du tronc — tête restée dans l'utérus — perforation du crâne — son extraction très-longue et très-difficile.	Longue con lescence
CXIV	17	Version incomplète; éviscération.	Sans résultats — lacs appliqué sur les lombes — extraction avec les crochets mousses.	Morte le troisième jo
CXV	18	Amputation des deux bras.	Dans l'articulation de l'épaule; la poitrine s'enfonce, la tête s'engage — perforation de la tête.	Mort sub de la mè
CXVI	19	Répulsion de l'épaule.	Au moyen de l'humérus — version assez facile — rupture de l'utérus.	Mort de la mè
CXVII	20	Traction sur le bras engagé.	La répulsion de l'épaule avait été impossible, traction sur le bras engagé, décapitation : on extrait la poitrine et le reste du tronc; on extrait la tête qui était restée dans l'utérus, au moyen du crochet appliqué sur la mâchoire.	Longue convalesce
CXVIII	21	Cas douteux de l'épaule.	Version par les pieds.	Rétablissem
CXIX	22	Expulsion spontanée.	L'enfant était putréfié — l'épaule passa sous les pubis; à l'extérieur le périnée était très-distendu; mais le côté s'avance, la hanche, les fesses, les jambes et enfin la tête s'est présentée la dernière.	
CXX	23	Expulsion spontanée.	L'auteur tente en vain la répulsion du bras : pendant qu'il était allé chercher son perforateur pour ouvrir la poitrine, l'enfant avait été expulsé naturellement en double; il était du terme de 7 mois environ.	

…E SYNOPTIQUE *dressée et rédigée d'après les observations recueil-*…s dans la pratique *de l'hospice de la Maternité, de Paris, sous* …*direction de la sage-femme en chef.*

…observations.	MODE d'opérations.	DÉTAILS DES CIRCONSTANCES qui ont précédé, accompagné ou suivi l'opération.	RÉSULTATS.
	Tentative de version.	Bras sorti depuis 15 heures — version tentée sans succès par deux accoucheurs en ville — à l'hospice, on trouve épaule et poitrine enfoncées dans le bassin ; introduction de la main très-difficile — pourtant le pied est saisi, mais ne peut être engagé malgré les efforts pour y parvenir ; 3 heures après, sortie spontanée des fesses ; extraction facile de la tête et d'un bras qui étaient restés.	Fistules urinaires. Enfant mort.
	Expulsion spontanée.	A la suite de l'observation précédente, cas d'expulsion 8 heures après la mort de la mère.	Mort de la mère et de l'enfant.
	Apporté avec le bras coupé.	Tentatives de version à l'hospice, sans succès ; l'enfant sort en double (ce qui prouve qu'il était petit).	Putréfié.
	Version.	Membranes rompues depuis 24 heures : on dégage le bras pour s'assurer de sa position relative : version opérée par une élève ; le fœtus pèse 9 livres.	Mère et enfant vivans.
	Version facile.	Opérée avant la rupture des membranes.	Vivant.
	Version facile.	Opérée après la rupture des membranes.	Vivant.
	Version facile.	Opérée après la rupture des membranes ; orifice peu dilaté, mais dilatable.	Mort putréfié.
	Version facile.	Opérée après la rupture des membranes ; orifice peu dilaté, mais dilatable.	Vivant.
	Version facile.	Au terme de 7 mois, par une élève.	Mort de l'enfant.
	Version facile.	Avec procidence du cordon ombilical — traction sur un seul pied, terminée par une élève.	Mère et enfant vivans.

NUMÉROS des observations.	MODE d'opérations.	DÉTAILS DES CIRCONSTANCES qui ont précédé, accompagné ou suivi l'opération.	RÉSULTA[T]
11	Version facile.	Rupture artificielle des membranes pour reconnaître la partie; poids 7 livres, opérée par madame Lachapelle.	Mère et en[fant] vivans.
12	Version facile.	Membrane intacte, présentation reconnue, ainsi que la position.	Rétablissem[ent] de la mè[re] et de l'enf[ant]
13	Version difficile.	A cause de la position complexe du tronc, succès. Il y avait obliquité de l'utérus à gauche et en avant.	*Idem.*
14	Version difficile.	A cause de l'étroitesse du bassin; de la contraction de l'utérus et de l'enfoncement de l'épaule dans l'excavation, poids de l'enfant, 7 livres.	Enfant put[réfié] mère rétab[lie]
15	Version facile.	Membranes rompues spontanément, dont on profite pour faire la version et l'extraction par les pieds.	Mère bie[n] né vivan[t]
16	Version facile.	Membranes rompues depuis 2 h.res et demie, dilatation complète.	Vivant mère fai[ble]
17	Version facile.	Après 7 heures de travail — rupture artificielle des membranes, dilatation suffisante pour opérer; l'enfant pesait 8 livres, suites de couches, heureuses.	Enfant put[réfié]
18	Version facile.	En travail depuis 9 heures; membranes bombantes; rien n'indiquait la position du fœtus — rupture des membranes dans l'utérus; l'enfant pesait 7 livres, femme bien portante, opérée par une élève.	Vivan[t]
19	Version difficile.	Membranes rompues depuis longtemps; bras sorti très-tuméfié; épaule enfoncée dans le bassin. C'est en cet état qu'une élève put saisir les pieds, les amener à la vulve et faire l'extraction de l'enfant qui pesait 7 livres, opérée par la même élève.	Vivan[t]
20	Version facile.	Huit mois et demi de grossesse; — travail lent — application d'un lacs sur le poignet de l'enfant — la mère s'est rétablie — l'enfant pesait 4 livres.	Vivan[t]

observations.	MODE d'opérations.	DÉTAILS DES CIRCONSTANCES qui ont précédé, accompagné ou suivi l'opération.	RÉSULTATS.
[illegible]	Version facile.	Membranes intactes, allongées en cylindre, disposition qui empêche de reconnaître la partie — rupture spontanée des membranes — le bras s'engage ainsi que le côté de la poitrine. Une élève va saisir les pieds et termine l'accouchement.	Enfant faible mais ranimé.
[illegible]	Version difficile.	Membrane rompue depuis 48 heures — orifice à bords épais, durs — saignée du bras — bains après midi, dilatation suffisante — les pieds sont saisis, amenés, et l'accouchement terminé — 8 mois. Enfant petit, opérée par une sage-femme.	Enfant mort.
[illegible]	Version facile.	Orifice à peine ouvert; l'eau s'écoule lentement; ce n'est que deux jours après que la présence de l'épaule est reconnue — dégagement d'un bras pour s'assurer de sa position; version.	Enfant mort, faible.
[illegible]	Version facile.	L'enfant ne pèse que 2 livres et demie au terme de six mois, opérée par une élève, suites heureuses pour la mère.	Enfant mort.
[illegible]	Version difficile.	Utérus fort incliné à droite; fœtus peu volumineux dans le bassin, quoique difficultueuse; la version est complète; opérée par madame Lachapelle. Couches heureuses.	Faible mais ranimé.
[illegible]	Version facile.	Enfant très-petit; pesait 3 livres.	Enfant faible, ranimé.
[illegible]	Version très-difficile.	3e grossesse, à 7 mois; rupture spontanée des membranes; sortie du bras, introduction réitérée de la main, le fœtus très-petit, enfoncé dans le bassin, extraction sur un seul pied, opérée par une élève sage-femme.	Enfant mourant.

NUMÉROS des observations.	MODE d'opérations.	DÉTAILS DES CIRCONSTANCES qui ont précédé, accompagné ou suivi l'opération.	RÉSULTAT
28	Version facile, par une élève.	Entrée à l'hospice après 24 heures de travail — orifice peu dilaté, membranes tendues — position inconnue. 5 heures après, rupture spontanée des membranes — version par les pieds, l'enfant pèse 6 livres. Mère convalescente.	Vivant.
29	Version difficile.	Présentation d'un bras et d'un pied; la femme âgée de 25 ans, mère de plusieurs enfans, enceinte de 8 mois. En ville, la sage-femme rompt les membranes, et la main gauche s'échappe en même temps. Deux accoucheurs furent appelés successivement; ils ne purent, non plus que la sage-femme, amener les pieds de l'enfant. Madame Lachapelle trouva le bras et la jambe engagés dans le détroit abdominal, et l'épaule profondément enfoncée dans l'excavation du bassin; elle parvint cependant à faire la version par les pieds d'un enfant volumineux, mais putréfié.	Enfant mo
30	Version facile.	D'un enfant du poids de 3 à 4 livres.	Putréfié.
31	Version facile.	Dilatation complète, intégrité des membranes; enfant du poids d'environ 4 livres.	Faible, mais il fut ra
32	Version difficile.	2e grossesse à terme — membranes entières à travers lesquelles on sent une partie mobile que l'on ne peut distinguer, et encore moins ses rapports avec le bassin et l'utérus; rupture des membranes dans l'utérus. 4e position de l'épaule, version faite par madame Lachapelle.	Semi-putré
33	Version.	Opérée par une élève; 3 à 4 livres.	En putréfac
34	Version.	Opérée par une élève, la mère sortie le 9e jour, bien portante.	Né faible mais viab
35	Version.	Opérée par une élève — enfant pesant 6 livres, la mère est sortie guérie d'une diarrhée.	Vivant.

ARTICLE XIII.

De la Grossesse composée, comme cause d'Accouchement contre nature.

Un certain nombre de praticiens qui aiment à se vanter, prétendent reconnaître l'existence de deux enfans dans l'utérus avant l'expulsion de l'un des deux. Quant à nous, la chose nous paraît difficile : nous avons été plusieurs fois témoin que de semblables prévisions étaient démenties par l'évènement. L'auscultation même, pratiquée par des expérimentateurs aussi habiles que consciencieux, n'a pas encore résolu la question. Mais la dépression longitudinale qui semble partager la cavité de l'abdomen en deux tumeurs, signe unique, jusqu'à présent, d'une grossesse double, ne peut-elle pas être l'effet de l'obliquité forcée de l'utérus, occasionnée par le développement considérable de la vessie, repoussée sur le côté opposé de l'utérus ? ou bien par le paquet volumineux des intestins grêles qui se dessinent en relief pendant la contraction utérine, lorsque l'organe de la gestation est fortement incliné du côté opposé ? Ne peut-il pas exister une tumeur volumineuse de l'ovaire, une hypertrophie ou un développement hydatideux du foie, une hydropisie ou une grossesse tubaire ? toutes circonstances fâcheuses qui peuvent se rencontrer avec la grossesse dont nous avons vu des exemples, et qui ont fait croire en effet à une grossesse gemellaire, même après des examens plusieurs fois renouvelés par des personnes instruites et attentives : aussi les signes de grossesses doubles sont-ils très-équivoques.

La pluralité des enfans n'apporte le plus souvent aucun obstacle à leur expulsion.

La nature ou l'art termine l'accouchement comme si chaque enfant eût été solitaire.

Plus les jumeaux sont petits, plus ils sont environnés de fluide, et plus leur attitude peut être variée.

Chaque fœtus a son placenta, son cordon, son enveloppe et son fluide qui lui sont propres. Quelquefois les placentas sont séparés et très-éloignés l'un de l'autre; d'autres fois ils sont si rapprochés, si intimement unis, qu'on les croirait confondus. Quelquefois, il y a communication entre eux. On a vu deux cordons se réunir en un seul, et se confondre à un placenta unique.

Le plus souvent, dans les grossesses de deux enfans à terme, l'un est plus volumineux que l'autre; ordinairement le plus fort pèse de un et demi à deux kilogrammes (3 à 4 livres); le plus faible, de un à un kilogramme et demi (2 à 3 livres).

D'autres fois, l'un avorte dans les premiers temps de la grossesse, pendant que l'autre continue de se développer. On trouve quelquefois de ces avortons aplatis comme des harengs-saurs, renfermés dans l'amnios, et le plus souvent couchés sur la face fœtale du placenta. D'autres fois, un de ces avortons s'échappe de l'utérus, tandis que l'autre continue de vivre.

Deux jumeaux peuvent présenter ensemble la tête au détroit abdominal; pendant que l'une s'engage dans l'excavation, l'autre reste appuyée sur la marge du bassin, et vient s'engager à son tour quand la première est sortie (*voy.* pl. 127).

Quelquefois les fesses du second enfant, étant appuyées sur celles du premier, descendent à mesure que celui-ci s'engage; de sorte que le second enfant, qui d'abord présentait la tête au détroit abdominal, présente les fesses lorsque le premier enfant est sorti (*voy.* la même pl. 127).

D'autres fois, l'un présente la tête et l'autre les fesses au commencement du travail : si celui qui présente la tête

s'engage le premier, la tête de l'autre, appuyée sur les fesses de celui qui s'engage, descendra à mesure que le premier sortira : le second enfant ayant ainsi fait la culbute, au lieu de s'engager par les fesses, vient, comme le premier, présenter la tête au détroit abdominal (*voy.* pl. 128).

Quelquefois, c'est le bras qui vient se présenter, et il s'engage si rapidement avec l'épaule, que le haut de la poitrine ne tarde pas à s'enfoncer dans l'excavation du bassin : alors la tête s'incline sur la poitrine, lorsque c'est le dos qui est en devant; le haut du tronc exécute un quart de rotation; le dos se rapproche, d'abord, sur le côté du bassin; le sternum en arrière : la tête, fortement appuyée sur le côté de la poitrine, qu'elle comprime, descend en présentant l'occiput derrière les pubis, et se dégage de la vulve avec une rapidité étonnante.

Nous avons rencontré deux de ces cas à la maison royale de santé : le premier, avec M. Cassan; le deuxième, avec M. Drouin, tous deux élèves dans le même établissement.

M. Delmas, de Montpellier, en rapporte un cas semblable.

Quand la situation respective de deux jumeaux devient nuisible à leur sortie, si la tête de l'un est plus avancée que les pieds de l'autre, ou bien si les bras de celui-ci s'engagent avec la tête du premier, il faut appliquer le forceps sur la tête qui se présente, selon le précepte établi pour la position qu'elle affecte à l'égard du bassin, et en faire l'extraction.

Si les pieds ou les fesses de l'un sont plus engagés que la tête de l'autre, avec une main on repousse la tête; et de plusieurs doigts de l'autre main on accroche la hanche, si ce sont les fesses : on saisit les pieds, si ce sont eux qui se présentent.

Quand les deux têtes restent stationnaires au-dessus du

détroit abdominal, on introduit l'une ou l'autre main pour faire la version d'un des deux enfans.

Si les deux têtes étaient arrêtées au-dessus du détroit abdominal, l'une à droite du bassin et l'autre à gauche, les fesses se trouveraient inclinées du côté opposé, c'est-à-dire que celui dont la tête serait située à gauche, aurait les fesses inclinées à droite, *et vice versâ* : les enfans s'entre-croiseraient (*voy.* pl. 129).

Si l'on voulait amener par les pieds celui dont la tête est à droite, il faudrait introduire la main droite en suivant le côté de la tête et la face costale droite jusqu'aux pieds, pour les abaisser tous les deux dans la première position de ces extrémités.

Les jumeaux étant ordinairement fort petits, relativement à l'enfant solitaire, et à l'amplitude du bassin d'une femme bien conformée, il pourrait se faire que l'un ou les deux enfans se présentassent en travers. Mais ce cas doit être fort rare, puisque cette situation, le fœtus étant seul dans l'utérus, ne s'est pas rencontrée une seule fois sur 20,517 naissances, si ce n'est dans trois cas avant terme. Cependant, si ce cas arrivait, on irait prendre un ou les deux pieds de celui qui se présenterait le premier (*voy.* pl. 130). Celui qui présente le dos ou le côté à l'orifice de l'utérus, ayant les pieds à droite, on les engagerait dans la deuxième position des pieds; et si le second ne présentait pas une partie favorable à son expulsion, on saisirait de même les pieds, qui seraient à gauche, pour les engager dans la première position de ces extrémités.

Assez souvent, après l'extraction du premier enfant, l'autre se présente dans une bonne position; s'il en était autrement, il faudrait opérer l'accouchement comme si l'utérus n'avait contenu qu'un seul enfant.

Lorsque les extrémités inférieures des deux fœtus se présentent en même temps, il faut porter les doigts assez

profondément dans l'utérus pour s'assurer des deux extrémités qui appartiennent au même enfant; et tandis que l'on ferait des tractions sur les jambes de l'un, on repousserait les fesses de l'autre au-dessus du détroit supérieur.

Enfin, telles positions défavorables que puisse affecter l'un des fœtus, ou tous les deux, on se conduira comme il est indiqué pour la position dans laquelle chacun d'eux pourra se trouver.

Mais l'on fera toujours bien, à moins que l'on n'y soit commandé par des accidens graves, de ne point se hâter de terminer le second accouchement, afin de donner le temps à l'utérus de revenir de l'état de stupeur dans lequel il est, à cause de la distension forcée qu'il a éprouvée avant la sortie du premier enfant.

Les cas de grossesse double font sentir combien il est important de ne point délivrer la femme avant d'avoir exploré l'abdomen pour s'assurer de l'état de l'utérus, de son volume, de sa consistance, de sa forme; avant d'avoir examiné l'état de l'orifice pour savoir de quelle nature est la partie ou le corps qui s'y présente. Dans le cas de duplicité de grossesse, où les placentas sont ordinairement unis et pour ainsi dire confondus, si l'on délivrait après la sortie du premier enfant, il en résulterait une hémorrhagie très-dangereuse pour la femme, et, le plus souvent, mortelle pour l'enfant resté dans l'utérus, surtout si le placenta de celui-ci se trouvait lacéré: ce ne peut être que dans ce cas ou dans celui de rupture d'un des vaisseaux du cordon, que la perte de sang peut être promptement mortelle pour l'enfant.

Il faut donc, et c'est la première chose à faire après l'accouchement, soit simple ou complexe, porter la main sur l'abdomen pour s'assurer de l'état de l'utérus avant d'en venir à la délivrance.

L'oubli de ce précepte de la part d'un des plus célèbres accoucheurs de Paris, donna lieu à cet accident, qui faillit coûter la vie à la mère, frappée d'hémiplégie et de mutisme dès les premiers mois de sa grossesse. Je fus appelée pour apaiser la perte de sang et les douleurs qui l'accompagnaient : ce que je fis en la débarrassant de son deuxième enfant.

Si l'abdomen est encore développé, dur, si l'on sent à travers ses parois des inégalités qui puissent faire soupçonner qu'il y a un second enfant dans l'utérus, on porte le doigt dans l'orifice pour s'en assurer. Pendant une contraction, l'orifice utéro-vaginal se distend, s'ouvre : on sent une tumeur formée par les membranes ou par la partie de l'enfant qui se présente ; les contractions se renouvellent; un autre travail recommence, et un second accouchement a lieu. Quelquefois, mais très-rarement, après la sortie du second enfant, l'utérus fait encore de nouveaux efforts pour en expulser un troisième et même un quatrième.

CHAPITRE II.

ACCOUCHEMENS LABORIEUX.

Expulsion de l'Enfant aidée de l'action des Instrumens.

Nous n'entreprendrons point de faire l'historique de tous les instrumens qui ont été inventés depuis Hippocrate jusqu'à ce jour, pour faire l'extraction de l'enfant du sein de sa mère. Le temps a fait justice des tenailles à crochets, des pieds de griffon, de toutes les espèces de tire-tête, des frondes et porte-frondes, des lacs, des filets, des bandelettes, et de tant d'autres instrumens meurtriers ou inutiles, qui attestent, sinon la barbarie, au moins l'ignorance de leurs auteurs. Le levier, cet instrument si long-temps

mystérieux chez les Hollandais, le levier lui-même, commence à tomber en désuétude, malgré son apologiste Herbiniaux. Le forceps est le seul instrument qui ait survécu à tout l'attirail puerpéral. Mais si cet instrument est devenu d'un grand secours entre des mains habiles et exercées à le manier, il s'en faut qu'il ait obtenu les mêmes avantages lors de son invention. *Smellie* et *Levret*, qui se disputèrent l'honneur du perfectionnement de cette espèce de large pince, ignoraient encore le mécanisme de l'accouchement naturel. Ce ne fut qu'à l'époque où ces deux écrivains jouissaient déjà d'une grande célébrité, l'un en Angleterre, l'autre en France, que Fielding-Ould, chirurgien irlandais, publia ses remarques sur les changemens de situation de la tête du fœtus, en traversant la filière osseuse de la mère. Jusqu'alors on avait pensé que la tête, pour être en bonne position, devait présenter son diamètre fronto-occipital au diamètre sacro-pubien du bassin. De là ces cas imaginaires d'enclavement de la tête, dont on rencontre tant d'exemples dans les ouvrages publiés jusque vers la fin du dernier siècle, et l'usage si fréquent, et si souvent funeste, du levier et du forceps. Camper de Leyde n'avait point encore établi les rapports de la tête du fœtus avec les dimensions du canal pelvien; ce ne fut qu'après Saxtorph, professeur à Copenhague, que l'on connut les différens changemens de direction du fœtus pendant son trajet à travers les détroits du bassin. Deventer, Hollandais; Rœderer, professeur à Gœttingue; J. Bang, Danois, n'avaient point encore déterminé l'axe de l'utérus, ceux du bassin, et leurs rapports entre eux. Charles White n'avait point non plus publié ses remarques sur la direction que prennent les épaules du fœtus pendant l'accouchement naturel. Ce ne fut encore que quelque temps après que l'on apprit de Solayrès, et par suite, de son ami, le professeur Baudelocque, la marche naturelle de la tête

dans les différentes positions qu'elle est susceptible de prendre, soit qu'elle se présente la première, soit qu'après la sortie du tronc, elle franchisse la dernière les détroits du bassin. Mais une fois que la marche de la nature fut bien connue et bien observée, l'usage des instrumens devint plus rare ; et lorsque leur emploi fut indispensable, on sut pourquoi, et comment, il fallait aider la nature en l'imitant dans ses procédés. La force physique, dont autrefois on faisait une des principales conditions de la part de l'opérateur, devient presque inutile aujourd'hui : « Excepté les » cas de mauvaise conformation du bassin, et son défaut » de proportion avec le fœtus et les cas de grossesse ex- » tra-utérine (1), il n'est peut-être pas un seul accouche- » ment qui ne puisse être terminé par une sage-femme » intelligente, comme ils le sont presque tous par celle » qui est en chef à l'hospice de la Maternité, madame *La-* » *chapelle* (2). »

Veut-on savoir combien de fois on a eu recours au forceps sur 20,517 enfans nés dans cet hospice? Quatre-vingt-seize fois (1 sur 214)! Cependant, beaucoup plus fréquemment que partout ailleurs, les chances défavorables se présentent dans un hôpital où l'on ne reçoit que des femmes pauvres, qui, la plupart, épuisées par les souffrances de la misère, ou affaissées sous le poids de la honte et du remords, sont frappées d'atonie générale, disposées à l'inertie de l'utérus, aux hémorrhagies, aux syncopes, aux convulsions : c'est ce que prouve encore la pratique de l'école.

---

(1) Cas où il faut appliquer les instrumens tranchans sur l'enfant ou sur la mère : il ne s'en est présenté que 20 sur 20,517. (*Voyez la Table synopt.*, n° 2.)

(2) Baudelocque, *Principes sur l'art des accouchemens* ; Avertissement, p. XIV, 4[e] édition.

Sur les 96 cas d'application de forceps, il y en a eu, pour cause de faiblesse générale ou d'inertie de l'utérus. . . .	45
Pour cause de convulsions.	12
	57

Ainsi, sans les accidens qui ont accompagné leur naissance, ces 57 enfans auraient pu venir au monde sans aucun secours.

Si l'on ajoute au 57 cas ci-dessus ceux de présentation du cordon ombilical avec le sommet de la tête	13
Ceux du resserrement du bassin à un léger degré	7
	77
Ceux de la rigidité du col de l'utérus	2
Le cas dans lequel la mère était expirante.	1
	80

On a pour résultat un total de 80 cas les plus simples d'application du forceps, puisque dans tous, la tête de l'enfant était dans une situation favorable pour l'accouchement naturel ;

Pour causes de situation désavantageuse de la tête, 16 applications du forceps ;

Mauvaise position du sommet.	14
De la face.	2
	96

Nous croyons donc avoir suffisamment démontré qu'avec une instruction solide sur toutes les parties de l'art, avec des connaissances approfondies sur les ressources de la nature, telles qu'on les puise dans les leçons théoriques et pratiques de l'hospice de la Maternité, on peut, comme on le fait dans cette école, rendre inutile, dans beaucoup de cas, l'usage des instrumens ; et que de la dextérité et de l'habitude suffisent pour faire l'application du forceps avec succès.

ARTICLE PREMIER.

DU FORCEPS.

Le forceps de Levret, celui qui est le plus généralement adopté, celui dont nous nous sommes servie pendant le cours de notre pratique, le forceps est un instrument long d'environ 15 pouces et demi, ou 40 centimètres, composé de deux branches recourbées en différens sens, selon leur longueur : elles se séparent et se réunissent à volonté; lorsqu'elles sont jointes, ces deux branches s'entre-croisent comme une paire de ciseaux, et sont fixées au moyen d'un pivot mobile et d'une coulisse.

Chaque branche de l'instrument a deux extrémités : l'une, plus large, fenêtrée, et que l'on appelle *cuiller*, à cause de sa forme, est recourbée en deux sens, sur sa face externe et sur son bord postérieur : elle est concave en dedans, échancrée sur son bord supérieur; l'autre extrémité, qui sert de manche, légèrement arquée sur sa longueur, est terminée par un crochet arrondi, ou par un crochet plat et contourné en dehors.

On a distingué les branches de cet instrument en *branche à pivot*, celle qui porte le bouton mobile, et en *branche à mortaise*, celle qui porte l'ouverture destinée à recevoir le pivot, lorsqu'on veut joindre et fixer les deux branches de l'instrument. On désigne encore sous le nom de *branche mâle*, celle qui porte le pivot, et l'autre sous le nom de *branche femelle*.

De l'usage du Forceps.

Le forceps sert, 1° à seconder l'action de l'utérus, celle des puissances auxiliaires, et quelquefois à les suppléer entièrement; 2° à dilater les parties externes et l'orifice de l'utérus, lorsque l'une ou l'autre de ces ouvertures ou

toutes les deux opposent de la résistance à la sortie de la tête ; 3° à saisir la tête engagée dans le bassin ; 4° à diminuer son volume jusqu'à certain point ; 5° à la faire changer de situation lorsqu'elle est dans une mauvaise position ; 6° à l'entraîner au dehors ; enfin on fait avec les deux cuillers du forceps ce que l'on ferait avec les deux mains, si l'on pouvait les introduire dans le bassin, de chaque côté de la tête de l'enfant pour la comprimer, la changer de situation ou la tirer à soi.

Indications générales de l'usage du Forceps.

1° Toutes les fois que l'enfant, présentant la tête, ne peut être expulsé ou amené par les pieds sans danger pour lui ou pour la mère ; 2° lorsque, après la sortie naturelle ou artificielle du tronc, la tête est retenue dans le bassin par quelque obstacle que la main seule ne peut vaincre ou surmonter, l'application du forceps est indiquée.

Indications relatives à la mère.

1° La faiblesse ou l'atonie de l'utérus ; 2° l'épuisement des forces après un long travail (1) ; 3° une hémorrhagie abondante ; 4° les convulsions ; 5° l'état d'apoplexie, d'asphyxie ou de syncope ; 6° l'existence d'une hernie menacée d'étranglement ; 7° un anévrisme apparent ou caché ; 8° la rupture de l'utérus ou du vagin ; 9° l'angustie, ou resserrement d'un des détroits, soit par un vice de conformation, soit par la présence d'une tumeur molle ou osseuse.

Indications relatives au fœtus.

1° La mauvaise position de la tête, soit qu'elle se pré-

(1) Les professeurs d'accouchemens, en Angleterre, donnent pour précepte d'attendre, dans ce cas, six heures après qu'une des oreilles a été à la portée du doigt, pour appliquer le forceps, excepté les cas de convulsions ou d'hémorrhagies, qui exigent de prompts secours. *Burns*, *Hopkins* et *Merrimann*, 1816.

sente la première ou qu'elle vienne la dernière ; 2° la présentation de quelques parties avec la tête, telles qu'un pied, une main, le cordon ombilical ; dans le cas de jumeaux, lorsque l'un d'eux présente la tête, et que l'action de l'utérus ne suffit pas pour l'expulser.

Conditions exigées pour l'application du forceps.

Il faut, 1° que ce soit la tête qui se présente ; 2° connaître sa situation et ses rapports avec le bassin ; 3° que l'orifice de l'utérus soit très-ouvert ou facilement dilatable ; 4° que les membranes soient rompues ; 5° avoir l'attention de faire vider le rectum et la vessie ; 6° faire placer la femme dans l'attitude la plus favorable à l'introduction des branches de l'instrument : ses courbures doivent coïncider avec les axes du bassin.

Règles générales pour l'application du forceps.

1° Chaque branche de l'instrument doit être introduite séparément et l'une après l'autre, après avoir été chauffée et enduite d'un corps gras ou mucilagineux.

2° On ne doit faire l'introduction de l'instrument que pendant l'intervalle des douleurs.

3° La branche mâle ou à pivot s'introduit généralement à gauche du bassin, la concavité de la cuiller regardant la vulve ; le manche, que l'on tient au dessous du pivot, de la manière que l'on tient une plume en écrivant, doit être incliné vers l'aine droite de la femme.

4° La branche femelle ou à mortaise s'introduit généralement à droite du bassin, de la même manière qu'il est dit pour la branche à pivot ; le manche, que l'on tient de la main droite au-dessous de la mortaise, doit être incliné du côté de l'aine gauche de la femme.

5° Lorsque l'on présente l'extrémité arrondie de la cuiller à l'entrée de la vulve, il faut porter plusieurs doigts

dans l'orifice de l'utérus pour servir à diriger l'instrument et à protéger les parties de la mère.

6° Lorsque la tête a tout-à-fait franchi l'orifice de l'utérus, il faut glisser l'instrument sur la surface de la tête du fœtus, en appuyant assez pour passer sous l'orifice, afin d'éviter d'en pincer le bord avec l'extrémité de la cuiller.

7° La situation de la première branche doit servir de guide pour la direction de la seconde : celle-ci doit se trouver en rapport avec la première.

8° Lorsqu'on croise le manche pour fermer le forceps, si la mortaise ne se rencontre pas avec le pivot, l'instrument est mal appliqué : il faut retirer la branche femelle et la réintroduire de nouveau.

9° Si l'on a fait la jonction des branches et que les deux manches se touchent, c'est que la tête n'est pas saisie dans les cuillers : il faut recommencer l'application de l'instrument.

10° Quand après l'application et la jonction de l'instrument, les deux manches se trouvent trop écartés l'un de l'autre, la tête n'est saisie que par l'extrémité des cuillers qui glisseront aux premières tentatives de tractions.

11° L'introduction des branches doit être profonde en raison du degré d'élévation de la tête.

12° En faisant pénétrer les branches de l'instrument on doit se rappeler que la paroi postérieure et supérieure du vagin est isolée du rectum, et qu'il est plus susceptible de se rompre en cet endroit qu'en tout autre.

13° Lorsqu'on éprouve de la résistance dans l'introduction de l'instrument, on doit en changer la direction jusqu'à ce qu'on ait amené la cuiller sur la région de la tête, où l'on se propose d'en faire l'application.

14° Généralement, les branches de l'instrument doivent se trouver appliquées de chaque côté de la tête, et selon sa plus grande longueur, qui est depuis l'extrémité de la suture médiane du crâne jusqu'au menton.

15° L'échancrure du bord des cuillers doit répondre au cintre de l'arcade pubienne durant l'extraction de la tête à travers le détroit périnéal, quelle qu'ait été sa situation primitive à l'égard du bassin.

16° Lorsqu'on a saisi la tête au détroit abdominal, on doit tirer sur l'instrument de haut en bas, et de devant en arrière, selon l'axe de ce détroit.

17° Quand la tête a été saisie dans l'excavation du bassin, cas le plus ordinaire, on tire sur l'instrument, selon l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire de derrière en devant et de bas en haut.

18° La plupart des règles précédentes sont applicables à tous les cas de rétention de la tête, après l'expulsion ou l'extraction du tronc du fœtus.

19° Quelle que soit la situation de la tête dans le bassin, après la sortie du tronc, on doit appliquer le forceps de chaque côté de la tête, en passant les branches de l'instrument au devant de la poitrine de l'enfant.

80° Agir lentement et avec sang-froid est préférable à une précipitation trop souvent dangereuse.

SECTION PREMIÈRE.

Application du forceps, la tête parvenue au détroit périnéal, l'occiput se présentant à l'arcade des pubis.

(Sur 96 applications, 80 dans cette situation de la tête.)

Rien de plus facile, et de moins dangereux pour la mère et pour l'enfant, que l'application du forceps, lorsque la tête est parvenue dans l'excavation du bassin, et qu'elle présente sa pointe occipitale à la vulve ; car il arrive souvent que, par le seul fait de l'introduction des branches de l'instrument, les parties externes se trouvent assez dilatées pour permettre la libre sortie de la tête.

On insinuera d'abord plusieurs doigts de la main droite sous le bord latéral gauche de l'orifice de l'utérus ; et si la

tête l'avait entièrement franchi, les doigts introduits serviraient à diriger l'instrument. De la main gauche on prend par le milieu la branche à pivot, que l'on tient couchée entre les doigts et le pouce, de manière que le pivot étant en dessus, la concavité de la cuiller regarde la vulve; on incline l'extrémité à crochet du manche vers l'aine droite de la femme; on glisse l'extrémité arrondie de la cuiller sur les doigts introduits dans le vagin; on la pousse au devant des ligamens et de l'échancrure iskiatique gauche, où répond le temporal gauche. Du pouce de la main droite, on soutient le bord de l'instrument, tandis que la main gauche change de direction pour empoigner l'extrémité du manche en dessus; on l'abaisse alors doucement pour faire rapprocher le bord antérieur de la cuiller sur le côté gauche de la tête de l'enfant; on pousse en même temps qu'on abaisse le manche, juqu'à ce que le vide ou la fenêtre de la cuiller ait entièrement pénétré dans le vagin (quatre à cinq pouces); le pivot étant en dessus et vis-à-vis de la symphyse des pubis, on tire légèrement en droite ligne sur le manche. Si l'on éprouve de la résistance, la branche est bien placée; on la fait maintenir dans cette situation par une personne intelligente.

On prend la branche à mortaise de la main droite; on la tient également de manière que la coulisse soit en dessus, entre le pouce et l'index, et que la concavité de la cuiller regarde la vulve; l'extrémité contournée du manche doit être inclinée vers l'aine gauche de la femme; on glisse l'extrémité arrondie de la cuiller sur les doigts que l'on a introduits dans le vagin; on la pousse lentement dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite; on abaisse le manche, en continuant de pousser de bas en haut, pour que la cuiller embrasse le côté droit de la tête, comme l'autre embrasse le côté gauche.

Lorsque cette seconde branche est enfoncée au point

que la mortaise se trouve au-dessus, et vis-à-vis du pivot, on l'abaisse; et, par de petits mouvemens de scie, on fait entrer le pivot dans la mortaise; on tourne ce pivot, on pousse la coulisse, et la jonction est faite.

On saisit le manche des deux mains; la gauche, près du pivot et en dessus; la droite, à l'extrémité de l'instrument et en dessous. Si l'utérus avait encore des contractions, on attendrait ses efforts pour les seconder, en tirant sur l'instrument et en l'inclinant à droite et à gauche alternativement, pour faciliter la dilatation des parties et la progression de la tête; lorsqu'elle est assez avancée pour distendre le périnée, on le soutient d'une main, tandis que de l'autre, on tire de bas en haut, en inclinant le manche vers l'ombilic de la femme, pour faire suivre à la tête la direction qu'elle prend d'elle-même dans l'accouchement naturel. (*Voyez* pl. 131.)

SECTION II.

Application du forceps, la tête parvenue dans l'excavation du bassin, le front situé derrière les pubis. (Voy. pl. 29.)

Le procédé est absolument le même que pour le cas précédent; la branche mâle ou à pivot s'introduit sur le côté gauche du bassin, et la branche à mortaise du côté opposé. Lorsque la jonction des branches est faite, on fait des tractions sur l'instrument, de bas en haut, pour faire avancer l'occiput le premier et lui faire franchir le bord antérieur du périnée, comme dans le cas d'accouchement naturel des quatrième, cinquième et sixième positions du sommet. Les tractions doivent être d'autant plus modérées et plus lentes dans ce cas, que le périnée est plus menacé de se rompre par la flexion forcée de la tête, qui tend à se redresser brusquement pour reprendre son attitude naturelle.

Lorsque l'occiput aura franchi le périnée, on soutiendra la nuque d'une main, tandis que de l'autre on tirera de haut en bas sur l'instrument pour dégager le front de derrière les pubis, de manière que l'extrémité du manche soit inclinée vers la terre.

SECTION III.

Application du forceps dans le cas de présentation du sommet, position occipito-cotyloïdienne gauche.
(1re de Baudelocque.)

Lorsque la tête du fœtus se trouve arrêtée dans sa marche naturelle, soit à cause du resserrement du diamètre iskiatique, soit par le défaut de courbure du sacrum, soit enfin que quelque accident grave exige l'extraction prompte de la tête, l'occiput étant situé derrière le trou sous-pubien gauche, on fait l'application du forceps de la manière suivante :

De la main gauche on prend la branche à pivot, que l'on tient, comme nous avons dit, par le milieu, le bout du manche incliné vers l'aine droite de la femme : on insinue l'extrémité arrondie de la cuiller dans le vagin, en suivant la direction de l'échancrure iskiatique gauche; avec l'extrémité des doigts de la main droite, on repousse la cuiller dans la courbure du sacrum, en même temps que la main gauche abaisse le manche de l'instrument, que l'on dirige vers le dessous de la cuisse gauche de la femme. Par ce mouvement, la cuiller remonte sur le côté gauche de la tête; lorsque cette branche ne vacille pas, qu'on est sûr qu'elle est bien appliquée, on procède à l'introduction de l'autre.

On prend la branche à mortaise de la main droite; on lui fraie la voie dans le vagin avec plusieurs doigts de la main gauche que l'on introduit du côté droit du bassin : on

dirige la cuiller derrière le trou sous-pubien de ce côté : on la fait pénétrer obliquement dans cette direction, en même temps que l'on abaisse le manche vers le dessous de la cuisse gauche de la femme. Lorsque cette seconde branche est parvenue à un degré d'élévation ou de profondeur convenable pour que la réunion des deux branches puisse se faire aisément, on approche la mortaise du pivot de la première branche, on l'introduit dans l'ouverture, et on fixe la jonction, en tournant le pivot qui doit se trouver incliné vers l'aine gauche de la femme. (*Voyez* pl. 132.)

On saisit fortement des deux mains le manche de l'instrument, la main gauche en dessus, près des pubis; la droite en dessous, vers les crochets; on relève le manche en lui faisant décrire un demi-cercle de rotation de bas en haut, et de gauche en devant de la femme, de manière à ramener le pivot en dessus, et au-devant de la symphyse des pubis. Par le mouvement qui vient de lui être imprimé, la tête a changé de situation : l'occiput se trouve sous l'arcade pubienne, comme elle est représentée pl. 131. De même que, dans ce cas, on achève l'extraction de la tête en faisant de petits mouvemens de droite à gauche pour l'engager dans la vulve; on soutient le périnée, on fait des tractions de bas en haut pour faire suivre à l'occiput sa direction naturelle.

SECTION IV.

Application du forceps dans le cas de présentation du sommet; position fronto-cotyloïdienne gauche. (4e de Baudelocque).

Pour cette position de la tête, la manière d'appliquer le forceps est la même que dans le cas précédent.

La branche à pivot s'introduit au devant de l'échancrure sacro-iskiatique gauche, où est située l'oreille droite de

l'enfant : le manche doit être incliné vers le dessous de la cuisse gauche de la femme.

La branche à mortaise s'introduit de la main droite, derrière le trou sous-pubien droit ; on la pousse obliquement jusque sur le côté gauche de la tête de l'enfant. (*Voyez* pl. 133.) La jonction de l'instrument se fait également au devant de l'aine gauche de la mère : on dirige le manche gauche en devant pour ramener le front derrière les pubis, comme il est situé dans la pl. 29. Mais, au lieu de tirer de haut en bas, lorsque la tête est parvenue au détroit périnéal, on tire de bas en haut, en dirigeant le manche vers l'abdomen de la mère, afin de dégager l'occiput le premier de derrière le périnée, comme il arrive dans l'accouchement naturel, à la suite de la quatrième position du sommet.

SECTION V.

Application du forceps; position Occipito-cotyloïdienne droite du sommet. (2e de Baudelocque.)

L'occiput étant situé derrière le trou sous-pubien droit, on introduit de la main gauche la branche à pivot du forceps; on glisse la cuiller sous le bord latéral gauche de l'orifice de l'utérus ; on la fait pénétrer obliquement derrière la jambe gauche de l'arcade, ayant soin , à mesure , d'abaisser l'extrémité crochue du manche, pour faire avancer la cuiller sur le côté gauche de la tête : le pivot regarde l'aine droite de la femme lorsque la branche de l'instrument est bien appliquée.

On introduit de la main droite la branche à mortaise; et de l'extrémité des doigts de la main gauche, on favorise la direction de la cuiller, au devant de l'échancrure et de la symphyse sacro-iliaque droite; quand cette seconde branche se trouve en rapport avec la première, qu'elles embrassent les deux côtés de la tête, on en fait la jonction

au devant de l'aine droite de la mère. On empoigne le manche de l'instrument; la main droite en dessus, près des cuillers; la gauche, vers les crochets; on relève le manche en lui faisant décrire un demi-cercle à droite pour ramener le pivot en devant (*voyez pl.* 134). L'occiput est ramené derrière les pubis : on se conduit du reste comme il est dit dans les cas précédens, à l'occasion de cette situation de la tête, pour achever son extraction (*voyez* pl. 131).

SECTION VI.

Application du forceps; position Fronto-cotyloïdienne droite du sommet. (5e de Baudelocque.)

Le forceps s'applique encore de la même manière dans cette position de la tête, que dans le cas où c'est l'occiput qui répond à la cavité cotyloïde droite.

La branche mâle, ou à pivot, s'introduit de la main gauche; on la fait pénétrer également dans une direction oblique, derrière le trou sous-pubien gauche, où est située l'oreille droite; lorsqu'elle est appliquée, le pivot regarde l'aine droite de la femme.

La branche femelle ou à mortaise s'introduit de la main droite, dans la direction de l'échancrure sacro-iskiatique droite, au devant de laquelle se trouve située l'oreille gauche: la tête étant prise de chaque côté par les cuillers, on en fait la jonction au devant de l'aine droite de la mère; on relève le manche qui est incliné vers le dessous de la cuisse droite de la femme, on lui fait décrire le demi-cercle de bas à droite, et de droite en devant, pour ramener le front derrière les pubis; le pivot alors est en dessus. On achève l'extraction de la tête, comme il est dit page 374, Sect. II.

SECTION VII.

Application du forceps; position Occipito-pubienne du sommet, LA TÊTE AU-DESSUS DU DÉTROIT ABDOMINAL. (3e de Baudelocque.)

Dans le cas où la tête est au dessus du détroit abdominal, le front appuyé sur la saillie du sacrum et l'occiput derrière les pubis, on glisse le long des doigts de la main droite introduits dans le vagin, la branche à pivot du forceps que l'on tient de la main gauche; on l'insinue d'abord au devant des ligamens et de l'échancrure iskiatique gauche, où répond le temporal gauche; puis on abaisse le manche en même temps que l'on pousse la cuiller de bas en haut, pour la faire avancer sur le pariétal du même côté; on continue de faire pénétrer la cuiller à la profondeur de sept à huit pouces.

On introduit la branche à mortaise dans la direction de la symphyse sacro-iliaque droite; on la dirige de manière qu'elle embrasse le côté droit de la tête comme la branche à pivot embrasse le côté gauche: les deux branches étant réunies, le pivot est en dessus (*voyez pl.* 135). On saisit l'instrument des deux mains, la gauche près des pubis, on dirige le manche et le pivot du côté gauche de la femme pour déplacer l'occiput, et l'amener du côté gauche du bassin, à peu près comme il est représenté *pl.* 132.

Lorsqu'on aura changé la situation de la tête, on continuera de faire des tractions sur le manche, sans en changer la direction, pour entraîner la tête dans le fond du bassin. L'occiput étant descendu derrière le trou sous-pubien, on relève le manche de l'instrument de gauche en devant pour ramener l'occiput sous l'arcade des pubis. On procède à l'extraction de la tête en tirant d'abord de haut en bas; et quand l'occiput s'engage dans la vulve, on tire

de bas en haut comme il est dit dans la section 1re, page 372.

Nous ferons remarquer que l'application du forceps, dans ce cas, est extrêmement difficile, quelquefois impossible, et que l'on est obligé souvent d'y renoncer pour faire la version de l'enfant par les pieds ; moyen préférable dans cette circonstance.

SECTION VIII.

Application du forceps; position Fronto-pubienne du sommet; LA TÊTE AU-DESSUS DU DÉTROIT ABDOMINAL. (6e de Baudelocque.)

On procède dans le cas où c'est le front qui est situé derrière les pubis, comme dans celui où c'est l'occiput qui se trouve placé sur ce même point du bassin ; on introduit d'abord de la main gauche, la branche à pivot que l'on dirige en arrière, au devant de l'échancrure iskiatique gauche, pour la ramener plus en devant, de ce côté, sur l'oreille droite de l'enfant.

La branche à mortaise s'introduit à droite et en arrière du bassin, puis on dirige la cuiller en avant sur le côté gauche de la tête (*voyez pl.* 136).

Lorsque la tête est bien prise, que la jonction des branches du forceps est faite au devant des pubis, on dirige l'instrument à gauche, pour amener le front de ce côté du bassin, derrière la cavité cotyloïde gauche, comme on le voit sur la *pl.* 133. On continuera les tractions de haut en bas, pour faire descendre la tête dans l'excavation ; lorsqu'elle y sera plongée, on fera décrire au manche du forceps un mouvement de rotation, de gauche en devant, pour ramener le front derrière l'arcade des pubis, et l'on terminera l'accouchement en faisant sortir l'occiput le premier de derrière le périnée.

Remarques sur l'application du forceps dans les six positions du sommet.

Dans les positions occipito et fronto-cotyloïdiennes gauches, la tête laisse un peu de vide en arrière et à gauche, un autre espace libre en devant et à droite du bassin : c'est pourquoi dans ces deux positions de la tête on introduit la branche à pivot en arrière du bassin, au devant de la symphyse sacro-iliaque gauche, et la branche à mortaise en devant et obliquement, derrière le trou sous-pubien droit, de manière que la jonction des branches et le pivot, se trouvent au devant de l'aine gauche de la femme.

Dans les deux autres positions obliques de la tête, l'occiput ou le front se trouvant situé derrière la cavité cotyloïde ou le trou sous-pubien droit de la cavité pelvienne, il se trouve également deux espaces libres de chaque côté de la tête, en arrière et à droite, en devant et à gauche. Il faut donc introduire la branche à pivot obliquement, en devant et à gauche du bassin, pour la glisser derrière le trou sous-pubien de ce côté : c'est la branche femelle que l'on insinue au devant de la symphyse sacro-iliaque droite; la jonction de l'instrument se fait au devant de l'aine droite de la femme.

Dans les deux positions occipito et fronto-pubiennes gauches, la branche à pivot s'introduit en arrière et à gauche du bassin.

Dans les deux semblables positions obliques du côté droit, la branche à pivot s'introduit à gauche aussi, mais en devant du bassin.

Dans les deux positions directes, occipito et fronto-pubiennes, l'occiput ou le front derrière les pubis, on introduit la branche à pivot en arrière et à gauche ; la branche à mortaise également en arrière, mais à droite, pour être ramenées, chacune, d'arrière en avant, de chaque côté de la tête.

Enfin, dans ces six positions, la branche à pivot s'introduit à gauche du bassin, la branche à mortaise s'insinue à droite.

Dans les trois positions fronto-antérieures, obliques ou directes, l'échancrure du bord supérieur de la cuiller du forceps regarde l'occiput de l'enfant.

Dans les trois positions fronto-antérieures, latérales ou pubiennes, cette même échancrure supérieure de l'instrument regarde la face de l'enfant, de manière que l'occiput ou le front étant ramené derrière les pubis, cette même échancrure coïncide toujours avec le cintre de l'arcade pubienne.

SECTION IX.

Application du forceps dans les positions intermédiaires du sommet.

(*Occipito-iliaque gauche.*)

Dans cette position, le pariétal droit se trouve derrière les pubis ; le gauche au devant du sacrum ; la face à droite, et l'occiput à gauche du bassin (*voy.* pl. 137).

Dans ce cas, on introduit la branche à mortaise la première ; on la tient de la main droite ; on la dirige sur le bord postérieur et latéral droit de l'utérus, au devant des ligamens sacro-iskiatiques du même côté ; on plonge la cuiller assez avant pour qu'elle puisse embrasser le côté gauche du front ; on abaisse le manche pour faire avancer la cuiller au devant de la face qui regarde le côté droit du bassin ; on fait parcourir à la cuiller le demi-cercle antérieur de la cavité pelvienne, d'abord de derrière à droite, puis de droite en devant, de manière que la coulisse de la mortaise qui regardait la face interne de la cuisse droite de la femme lors de l'introduction de cette branche, revienne en devant, puis finisse par regarder la face interne de la

cuisse gauche. A mesure que l'on abaisse le manche et qu'on le dirige en le tournant sur lui-même, de dessus en dessous, on amène la branche derrière les pubis, sur le côté droit de la tête, où elle doit être appliquée. C'est avec les doigts de la main gauche, introduits dans le vagin, que l'on favorise la marche de la cuiller, en la poussant de derrière en devant, puis de droite en avançant derrière les pubis.

On introduit également la branche à pivot de la main droite; on la tient vers le milieu de la cuiller, le pivot regardant le dessus de la main de l'opérateur; on l'insinue sous le bord postérieur de l'orifice, et on la dirige dans la courbure du sacrum; on la fait pénétrer assez profondément pour qu'elle puisse embrasser le côté gauche de la tête, et se joindre facilement avec l'autre branche, dont la jonction se fait vers l'aine gauche de la femme (*voy.* pl. 137).

Lorsque la tête est encore dans le détroit abdominal, on tire sur l'instrument de haut en bas, et de devant en arrière, pour la faire descendre au fond du bassin. Quand elle y est parvenue, on relève le manche de l'instrument de gauche en devant, pour ramener l'occiput derrière les pubis.

Lorsque les côtés de la tête sont trop fortement serrés dans le diamètre sacro-pubien, pour pouvoir y glisser les cuillers du forceps, on les introduit sur les côtés du bassin pour être appliquées, l'une, la branche à pivot, sur l'occiput; l'autre, la branche à mortaise, sur la face de l'enfant. On tire de haut en bas pour faire descendre la tête; ensuite on retire les branches du forceps, et on les réapplique de chaque côté de la tête, pour la faire rouler dans le bassin, et ramener l'occiput derrière les pubis.

Dans ces cas, très-difficiles, on est souvent forcé d'abandonner les règles, et d'appliquer l'instrument sur les points de la tête que l'on peut saisir.

SECTION X.

Application du forceps, position Occipito-latérale droite du sommet.

Dans cette position, le pariétal gauche répond aux pubis; l'occiput au côté droit du bassin ; la face au côté gauche de cette cavité, et le pariétal droit au sacrum.

Dans ce cas, c'est la branche à pivot qui doit être appliquée derrière les pubis; on l'introduira de la main gauche, dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche : de plusieurs doigts de la main droite, on fera avancer la cuiller de derrière en devant, pour la faire passer sur le côté gauche du bassin, puis derrière le trou sous-pubien du même côté, jusque derrière les pubis. Le pivot, qui d'abord regardait la face interne de la cuisse gauche, sera ramené progressivement de gauche en devant, puis de devant à droite de la femme. La branche à mortaise s'introduit également de la main gauche, au devant de la branche à pivot. On l'insinue sous le bord postérieur de l'orifice ; on la dirige dans la courbure du sacrum; on la plonge à un degré assez élevé pour qu'elle puisse embrasser le côté droit de la tête ; on fait la jonction des branches au devant de la face interne de la cuisse droite de la femme ; on tire sur le manche de haut en bas pour faire descendre la tête. Lorsqu'elle est dans l'excavation, on la roule, en relevant le manche de gauche en devant, pour diriger la face dans la courbure du sacrum, et l'occiput derrière les pubis.

Lorsque le forceps ne peut être appliqué sur les côtés de la tête, on introduit la branche mâle à gauche du bassin, sur la face ; la branche femelle, à droite, sur l'occiput. La tête saisie dans ce sens, on l'entraîne au fond du bassin ; on retire les branches, et on les réapplique de chaque côté de la tête pour lui faire décrire un quart de rotation.

ARTICLE II.

Application du levier *et* du forceps *dans les cas de Présentation de la Face.*

Première position : le front sur les pubis et le menton sur le sacrum (1). Insinuer le *levier* derrière les pubis, et l'introduire assez profondément pour que l'extrémité de l'instrument parvienne sur le derrière de l'occiput. Pendant que l'on tire sur le manche, de l'autre main, appliquée sur la face, on repousse le menton au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Application du forceps, même position. Introduire les branches de l'instrument de chaque côté de la tête, comme à l'occasion de la troisième position du sommet.

Deuxième position : le front sur le sacrum, le menton sur les pubis. Glisser l'extrémité *courbe du levier* au-dessus du sacrum jusque sur l'occiput, que l'on entraîne, en même temps que de quelques doigts on repousse la face derrière les pubis. On applique le *forceps* de chaque côté de la tête, comme dans le cas de la sixième position du sommet.

Troisième position de la face : le menton à droite, le front à gauche. Introduire le *levier* sur le côté gauche du bassin jusque sur l'occiput ; tirer sur l'instrument de gauche à droite de la femme, pour entraîner l'occiput derrière le trou sous-pubien gauche (*voy.* pl. 139).

Application du forceps, même position. Introduire la branche à pivot la première dans la direction de la symphyse sacro-iliaque gauche, la ramener au devant de la base

---

(1) Nous avons déjà fait remarquer que, sur 20,517 accouchemens, il ne s'était point rencontré un seul cas de cette espèce, et il n'est pas à notre connaissance que l'on ait fait usage du levier, qu'une des branches du forceps peut aisément remplacer.

de l'ilium, puis derrière le trou sous-pubien du même côté, jusque derrière la symphyse des pubis, sur le côté droit de la tête.

On introduit la branche à mortaise le long de la courbure du sacrum jusqu'au-dessus de l'oreille gauche, de manière que la jonction des branches étant faite, le bord échancré des cuillers regarde la mâchoire inférieure du fœtus ; et le pivot, la face interne de la cuisse droite de la femme.

On tire sur le manche, de gauche à droite, pour faire descendre le front ; ensuite on relève le manche de droite en devant, afin de ramener le menton sous l'arcade des pubis, et favoriser la sortie de la tête dans la direction qu'elle prend d'elle-même.

Quatrième position de la face : le menton à gauche, le front à droite. Introduire le *levier* vers le côté droit du bassin jusque sur l'occiput qui est de ce côté; tirer sur l'instrument de droite à gauche, pour faire descendre l'occiput derrière le trou sous-pubien droit.

Application du forceps, même position. Introduire la branche à mortaise la première au devant des ligamens sacro-iskiatiques droits ; la ramener en suivant la paroi latérale de cette cavité, jusque derrière les pubis, sur le côté gauche de la tête.

Insinuer la branche à pivot dans la courbure du sacrum, jusqu'au dessus de l'oreille droite ; faire la jonction des branches au devant de la face interne de la cuisse gauche de la mère ; le bord échancré des cuillers regarde la mâchoire inférieure du fœtus (*voy.* pl. 138).

Tirer sur l'instrument de droite à gauche de la femme jusqu'à ce que le front soit descendu ; relever le manche de gauche en devant pour amener le menton sous l'arcade des pubis, et le front sur le bord antérieur du périnée ; tirer sur l'instrument de bas en haut pour dégager la face la première.

ARTICLE III.

SECTION Ire

Application du Forceps; la Tête retenue au détroit abdominal; l'Occiput derrière les pubis; le Torse de l'enfant étant dehors. (Voyez pl. 140.)

Sur les 611 enfans qui se sont présentés par les fesses, les pieds ou les genoux; sur les 157 autres qui présentaient d'autres parties, ou dont le travail, accompagné d'accidens, a exigé la version par les pieds, *pas un seul exemple d'application de forceps après la sortie du tronc.* Mais comme ces cas ne sont pas l'ouvrage de la nature, qu'ils sont le plus ordinairement le résultat de l'ignorance, il faut indiquer les moyens d'extraire la tête avec le forceps, si l'on n'avait pu réussir avec la main à faciliter son expulsion.

Il faut d'abord faire tenir le tronc de l'enfant relevé vers l'abdomen de la mère; ensuite introduire, au devant et au-dessous de la poitrine de l'enfant, la branche à pivot du forceps, à gauche et en arrière du bassin, et la faire avancer sur le côté droit de la tête; de la main droite on introduit la branche à mortaise, à droite et en arrière du bassin; puis on la ramène vers la base de l'ilium, de manière qu'elle embrasse le côté gauche de la tête, comme l'autre embrasse le côté droit.

Les deux branches réunies, avec la main gauche on saisit le forceps au-dessus de sa jonction, vers les serres; de la main droite, l'extrémité de l'instrument. La tête étant engagée à un certain degré dans le détroit supérieur, il faut l'ébranler un peu en portant le manche du forceps alternativement vers l'une et l'autre cuisse de la femme; la tête déplacée, on lui imprime une situation diagonale relativement au détroit supérieur, afin de diriger l'occiput vers le côté

gauche du bassin, et la face à droite; situation représentée sur la pl. 141.

Lorsque la tête aura été amenée à cette situation, on tirera de haut en bas, en tenant le manche de l'instrument incliné vers la face postérieure de la cuisse gauche de la femme, pour faire descendre la face la première; la tête parvenue dans l'excavation, on la fera rouler de nouveau, de sorte que l'oreille gauche qui répond au pubis se trouve du côté droit, la face dans la courbure du sacrum et l'occiput derrière les pubis; le pivot de l'instrument qui regardait le côté gauche se trouvera en dessus, au devant de la vulve. (*Voyez* pl. 142.)

SECTION II.

Application du Forceps; la Tête retenue au détroit abdominal; l'Occiput à gauche; le Torse de l'enfant hors de la vulve.

Si, par suite de l'expulsion òu de l'extraction de l'enfant par les pieds, la tête se trouvait arrêtée au détroit abdominal dans la situation où elle est représentée (pl. 141), ce qui peut arriver quand le diamètre sacro-pubien est resserré, on appliquerait le forceps comme il est indiqué (pl. 137), l'enfant étant encore contenu dans l'utérus; c'est-à-dire qu'après avoir fait relever le tronc de l'enfant vers l'abdomen de la mère, on introduirait la branche femelle la première, à droite et en arrière du bassin, en la ramenant vers la base de l'ilium, du même côté où correspond la face, puis enfin derrière les pubis, où se trouve l'oreille gauche; cette branche étant maintenue dans cette situation, on introduirait l'autre en suivant la direction du sacrum. La tête prise entre les deux cuillers, le pivot regardant le dessous de la cuisse gauche de la femme, on ferait des tractions de haut en bas pour faire descendre la tête; ensuite

on dirigerait l'instrument de manière à ramener le pivot en dessus; alors la face occuperait la courbure du sacrum, et l'occiput se trouverait placé derrière les pubis. (*Voyez* pl. 142.)

SECTION III.

Application du Forceps; la Tête retenue au détroit abdominal, l'Occiput à droite; le Torse de l'enfant hors de la vulve.

On introduit la branche mâle la première, dans la direction des ligamens et de l'échancrure iskiatique gauche, en lui faisant parcourir toute la paroi latérale et antérieure du même côté jusque derrière les pubis : on introduit la branche femelle le long de la courbure du sacrum; les branches réunies, le pivot regarde la face interne de la cuisse droite de la femme : on dirige le forceps de manière à ramener l'occiput derrière les pubis. (*Voyez* pl. 142.)

SCETION IV.

Application du Forceps; la Tête au détroit périnéal; l'Occiput en devant; le Torse de l'enfant étant dehors.

Lorsque, par suite de l'une ou de l'autre application précédente, la tête a été amenée au détroit périnéal, en présentant la base de la mâchoire inférieure, le menton appuyé sur le coccix et l'occiput derrière les pubis, on tire, de la main droite seulement, sur le manche du forceps, en le relevant autant que le permet la présence du tronc qui se trouve au-dessus; de l'autre main, on soutient le périnée, pendant que le menton, la bouche, le nez, les yeux, le front et le sommet se montrent successivement au devant de la commissure inférieure de la vulve.

Si la tête a été arrêtée au détroit abdominal par suite de l'expulsion de l'enfant dans les première, deuxième et troi-

sième positions des pieds, ou par suite de son extraction, par ces mêmes extrémités, qu'elle qu'ait été d'ailleurs sa position primitive, il faut appliquer le forceps comme il est représenté (pl. 142); introduire la branche à pivot du côté gauche du bassin, et la branche à mortaise du côté droit, de manière que l'échancrure du bord latéral des cuillers regarde le devant du cou, et coïncide avec les oreilles, les bords latéraux de l'occiput et le cintre de l'arcade des pubis.

SECTION V.

Application du Forceps; la Tête retenue au détroit abdominal; le Menton au-dessus des pubis; le Torse hors de la vulve.

Quand la tête est retenue au détroit abdominal par suite de l'extraction, ou de la présentation de l'enfant par les pieds, comme dans le cas de la quatrième position de ces extrémités, et que l'on n'a pu, en dégageant le torse, faire prendre à la tête une situation convenable, on fera l'application du forceps comme il est indiqué lorsque c'est l'occiput qui répond aux pubis ; mais avec l'attention d'introduire les branches de l'instrument au-dessus et au devant de la face sternale de l'enfant.

Pour cela, on fait abaisser et soutenir le torse de l'enfant, la face dorsale regardant le périnée de la mère ; puis on introduit la branche à pivot la première, du côté gauche du bassin et sur le côté gauche de la tête : la branche à mortaise sera introduite du côté droit; on les engagera assez profondément pour que les deux pariétaux se trouvent exactement embrassés par les deux cuillers (*voyez* pl. 143). Lorsqu'on fait la jonction des deux branches, il faut repousser un peu l'instrument de bas en haut, en même temps qu'on l'inclinera de l'un ou l'autre côté, pour

détourner le menton ou la face. Quand, par la direction que l'on a donnée à l'instrument, on pourra être assuré d'avoir fait prendre une situation diagonale à la tête, on aura soin d'abaisser le manche du forceps, et de l'incliner, en faisant dessus les tractions, vers la face postérieure de la cuisse de la femme, du côté où l'on veut tourner la face.

Quand on est parvenu à changer la situation de la tête, et que la face regarde un des côtés du bassin, on dirige l'instrument en abaissant son manche dans une direction oblique, et en tirant dessus, de haut en bas, pour entraîner la tête dans l'excavation : lorsqu'elle y est descendue, on lui fait exécuter aussitôt un mouvement de rotation, en ramenant le manche en devant, dans une direction presque horizontale : on l'abaisse ensuite pour faire passer le menton sous l'arcade des pubis, où l'on vient de l'amener ; on soutient d'une main le périnée, tandis que de l'autre on tire sur l'instrument pour faire avancer la face, le front, le sommet et l'occiput qui sort le dernier, en se contournant sur le bord radial du premier doigt de la main que l'on a placée pour soutenir le périnée.

ARTICLE IV.

De l'Angustie ou resserrement du bassin comme cause d'accouchemens laborieux.

Le resserrement du bassin est un cas pour lequel l'application du forceps a été le plus contesté. *Baudelocque* dit que la réduction de la tête ne peut être portée, au moyen du forceps, qu'à deux, trois et au plus quatre lignes. Si chaque branche du forceps a d'épaisseur une ligne, le volume des deux branches ajouté à celui de la tête rendrait donc la compression de cette partie à peu près nulle.

Cependant on a posé en principe que, quand le bassin a conservé d'avant en arrière trois pouces trois quarts,

trois pouces et demi, trois pouces un quart d'ouverture dans son diamètre antéro-postérieur, l'application du forceps était indiquée; que, lorsque le bassin n'avait que trois pouces, deux pouces trois quarts d'étendue dans le même diamètre, il fallait avoir recours à la section de la symphyse des pubis, ou pubiotomie; et que, lorsque cette même ouverture du bassin était réduite à deux pouces et demi et au-dessous, il ne restait de salut pour la mère et l'enfant, s'il est vivant, que dans l'opération césarienne ou gastro-hystérotomie; enfin que, dans le cas de mort du fœtus, la perforation de son crâne est le seul moyen indiqué pour terminer l'accouchement; soit qu'après l'avoir vidé on fasse usage du crochet aigu pour achever l'extraction de la tête, soit qu'on en abandonne l'expulsion à la nature.

Mais peut-on apprécier d'une manière exacte les dimensions du bassin? Le céphalomètre d'*Aitken* pourra-t-il apprécier d'une manière exacte le volume de la tête et son degré de souplesse ou de solidité? Si la tête est déjà engagée dans le détroit abdominal, ce qui donne quelque espérance, pourra-t-on s'assurer d'une manière positive, même au moyen des doigts, du degré de resserrement de ce détroit? Le compas d'épaisseur de *Coutouly*, celui de *Baudelocque*, le pelvimètre d'*Asdrubali*, même le mécomètre du professeur *Chaussier*, feront-ils reconnaître les exostoses, les tumeurs osseuses qui peuvent se rencontrer dans la cavité du bassin (1)? En indiqueront-ils toujours les dimensions d'une manière précise et rigoureuse? N'arrive-t-il pas souvent que, dans le cas de dif-

---

(1) Nous n'oserions assurer que notre pelvimètre, imaginé depuis, pût remplir toutes les conditions désirées pour être amplement informé de l'état intérieur du bassin, quoique nous en ayions déjà obtenu de grands avantages.

formité du bassin, la saillie du sacrum est plus ou moins déjetée d'un côté que de l'autre ? Et d'ailleurs cette projection, cette saillie de l'angle sacro-vertébral n'est-elle pas constamment plus élevée que les pubis ? Si l'on tire une ligne droite d'avant en arrière, elle tombe toujours au-dessous de l'angle supérieur du sacrum ; et l'on sait que lorsque la tête, qui se présente obliquement en tous sens, est une fois parvenue à ce point du bassin, presque toutes les difficultés sont vaincues. Et en effet n'a-t-on pas vu, dans les cas les plus désespérés, la nature lutter avec effort contre des obstacles que l'on jugeait insurmontables et expulser, même vivans, des enfans que l'on croyait avoir péri pendant la durée du travail ? N'a-t-on pas cité des exemples d'enfans nés spontanément pendant que l'on faisait toutes les dispositions pour les extraire du sein de leur mère, soit en séparant les pubis, soit en ouvrant l'abdomen et l'utérus ?

Nous avons vu à l'hospice de la Maternité deux femmes dont le bassin était resserré à un degré considérable, et qui cependant l'une et l'autre sont accouchées d'enfans vivans.

Chez la première, le diamètre sacro-pubien avait été estimé à deux pouces dix lignes d'étendue. L'enfant, après quarante heures de travail, a été expulsé, il est vrai, dans un état de mort apparente ; mais les soins soutenus le rappelèrent à la vie : il avait au pariétal droit une dépression d'un pouce de profondeur dans son centre, sur deux pouces et demi de diamètre. Cet enfant, allaité dans l'hospice par sa mère, en est sorti à quinze mois, très-fort et bien portant. La dépression du pariétal était alors très-superficielle ; cette portion enfoncée de l'os s'était relevée progressivement, à mesure et en proportion du développement et de l'accroissement du cerveau.

Chez une autre femme, dont le détroit abdominal n'a-

vait que trois pouces d'avant en arrière, l'enfant a été de même expulsé par les contractions vigoureuses de l'utérus : la dépression du pariétal droit n'était profonde que de quelques lignes ; mais l'os était fracturé obliquement depuis l'angle frontal jusqu'à l'angle occipital inférieur. L'enfant, allaité par une nourrice de l'hospice, fut remis à onze mois, bien portant, à une autre nourrice de la campagne. La réunion de l'os était parfaitement consolidée.

Outre ces deux femmes, six autres encore, dans le même cas, sont accouchées naturellement après un travail plus ou moins long et plus ou moins douloureux.

Ainsi, sur 38 cas de difformité du bassin :

6 — la tête étant restée au-dessus du détroit abdominal, les enfans ont été retournés et amenés par les pieds ;
7 — la tête s'étant engagée dans le détroit, ont été extraits avec le forceps ;
15 — enfans morts, ou présumés tels par la durée du travail, ont été extraits après la perforation du crâne ;
2 — par la section de la symphyse des pubis, les femmes ayant déjà eu des enfans qui n'avaient pu être extraits qu'après la perforation du crâne ;
8 — les enfans nés naturellement.

38

Il y a quelques années, à propos d'une traduction que nous avions faite de plusieurs Mémoires sur l'angustie ou resserrement du bassin, par *Ferrario* de Pavie, nous avions examiné la question sous toutes ses faces, et l'histoire de cette partie de l'art nous avait amenée à cette triste conclusion : que l'art des accouchemens n'est pas, à beaucoup près, aussi avancé que les écrivains le prétendent.

Nous disions alors, et nous répétons encore aujourd'hui, que l'on n'obtient de véritables succès que dans les cas de grossesse utérine chez une femme saine et bien conformée, soit que l'application du forceps ou l'inversion de l'enfant

sur les pieds ait réclamé le secours d'une main habile et exercée : encore faut-il le concours de diverses circonstances favorables. Aussi, une personne instruite et intelligente, quel que soit son sexe, peut pratiquer avec un égal succès, dans les cas de simples déviations de la marche de la nature.

Il semble, ajoutions-nous, que là soient posées les limites du possible dans l'art des accouchemens. Et en effet, à l'aspect d'une femme enceinte rachitique, l'accoucheur le plus intrépide recule avec effroi ; il devient, dans ce cas, aussi timide qu'une sage-femme ; il sent alors qu'il faut être plus qu'un accoucheur, il faut être un chirurgien habile et exercé ; aussi, lorsqu'il est prudent, l'accoucheur, comme la sage-femme, appelle à son aide les lumières et la main d'un chirurgien praticien. Et pourquoi les accoucheurs ordinaires ne font-ils pas toutes les opérations qu'exigent les cas d'angustie du bassin ? Les exemples ni les préceptes ne leur manquent pas certainement ; mais les contradictions qui s'y rencontrent, les accidens graves et multipliés dont leur application est suivie, laissent l'esprit dans une trop grande perplexité pour s'exposer aux chances malheureuses de ces sortes d'opérations.

On n'est pas même d'accord sur le choix des moyens à employer, ni sur les circonstances qui en réclament impérieusement l'application, dans les cas de resserrement du bassin à tel ou tel degré. Pourquoi ? Parce qu'on a vu plusieurs fois la nature terminer elle-même son œuvre pendant que le chirurgien s'armait d'un instrument tranchant pour l'aider à se débarrasser.

La Symphyséotomie ordinaire, qui consiste à séparer les os pubis et à les écarter l'un de l'autre, afin d'agrandir la cavité pelvienne dans ses détroits, produit généralement si peu d'effets sur ce point, que la plupart des enfans périssent des suites des tractions violentes, long-temps prolongées,

pour les extraire de la zone osseuse qu'ils doivent franchir. Tels sont au moins les résultats dont nous avons été témoin, et l'on sait que cette opération n'est jamais entreprise que dans le but de conserver l'enfant avec le moins de danger possible pour la mère.

L'opération césarienne, qui consiste à ouvrir le ventre de la femme, pour sauver son enfant, compte un assez grand nombre de succès sous le rapport de la conservation du produit de la conception ; mais l'opération a coûté la vie à la plupart des femmes sur lesquelles on l'a pratiquée.

Un nouveau mode d'extraire l'enfant du sein de sa mère au moyen d'instrumens tranchans avait été pratiqué par M. Baudelocque neveu, qui n'eut que le regret de l'avoir tenté. Plus heureux dans l'application du nouvel instrument de son invention, le *céphalotribe*, il a pu sauver la mère des douleurs et des dangers imminens qui suivent l'ouverture de l'abdomen et de l'utérus. Cet instrument n'est autre chose qu'une espèce de forceps, d'un volume et d'une force proportionnés au but que s'était proposé l'auteur, de briser, d'écraser le crâne du fœtus dans le sein de sa mère, au-dessus du détroit supérieur du bassin. *Trois* succès attestent déja son utilité.

Mais cet instrument ne saurait être propre à tous les cas d'étroitesse du bassin. Si le resserrement consiste dans une dépression irrégulière de ce cercle osseux, ce cercle ne saurait se prêter à l'introduction d'un instrument qui conserve toujours la même dimension, le même volume, la même densité et la même régularité, ou il faudrait que cette difformité du bassin fût causée par le *malacostéon*, affection des os dont nous avons déjà parlé, qui consiste dans un ramollissement tel, que l'on peut quelquefois redresser les os avec la main introduite dans la cavité du bassin (1).

(1) *Weidman* rapporte qu'un accoucheur d'Offenbach ayant été

D'ailleurs les conditions pour faire usage du céphalotribe ou brise-tête sont les mêmes exigées pour l'application du perce-crâne, du crochet aigu, employés dans les mêmes cas ; il faut avoir acquis la certitude que l'enfant est mort.

Mais les signes de la mort du fœtus sont-ils donc si faciles à saisir ; combien au contraire ne faut-il pas examiner, réfléchir, tâtonner, avant d'avoir réuni une masse de probabilités en faveur de la mort de l'enfant ? Heureux encore, si, après s'être déterminé pour l'opération, la longueur du travail, celle des délais n'a pas donné lieu à une métrite, à une péritonite consécutive devenue promptement mortelle. Espérons que la persévérance qu'apportent les expérimentateurs à ausculter l'utérus chez la femme enceinte aux différens termes de la grossesse, amènera des résultats plus positifs que ceux que nous possédons jusqu'à présent.

Il faut avouer cependant que l'imagination, le génie même, n'a pas manqué à l'art des accouchemens ; mais que peuvent les sages préceptes du génie, où la nature manque des conditions indispensables pour en recevoir l'application? Aussi, dans les cas désespérés, le hasard a une très-grande part dans le petit nombre de succès dont ils sont quelquefois suivis.

Nous avons vu les Baudelocque, les Dubois, en présence des cas les plus graves, méditer long-temps, se déci-

---

appelé près d'une femme en travail, affectée d'un ramollissement général des os, avait trouvé ceux du bassin déprimés au point de ne pouvoir introduire le doigt dans le vagin. On pensait à l'opération césarienne. Mais lorsqu'il eut essayé de faire quelques efforts gradués, il réussit à introduire la main et à écarter les os qui étaient excessivement mous, de manière à faire l'extraction heureuse du fœtus au moyen de la version par les pieds. (*Saggio di osservazioni cliniche*, par Ferrario, Milan 1829.)

der, puis hésiter encore, puis se déterminer enfin, mais avec une répugnance visible, pour un parti violent, qui cependant paraissait être le seul indiqué : l'humanité était satisfaite ; elle avait réclamé des secours, l'homme habile et consciencieux les avait donnés ; mais le résultat étant douteux, c'est alors que nous entendîmes cette expression : *j'ai regret d'avoir opéré cette femme !* Si tel est le sentiment échappé du sein d'un homme aussi éminemment habile que l'était Baudelocque, que l'est encore son digne élève et successeur à la Faculté, et à l'hospice de la Maternité de Paris, le célèbre Antoine Dubois ; peut-on encore se flatter qu'un art auquel il échappe aussi peu de victimes d'une mauvaise conformation soit parvenu au plus haut degré de splendeur ?

C'est parce que partout on est convaincu aujourd'hui de la trop rigoureuse insuffisance des moyens jusqu'à présent employés dans les cas d'accouchemens avec difformité du bassin, que les praticiens de tous les pays s'occupent de rechercher quelqu'opération qui puisse entraîner avec elle moins de chances funestes : plusieurs croient l'avoir trouvée dans l'accouchement prématuré artificiel, c'est-à-dire en provoquant l'accouchement entre le 7e et le 8e mois ; moyen qui avait été employé dans ce but depuis longtemps, et dont Sacombe, de honteuse mémoire, s'était fait un mystérieux moyen d'accoucher toutes les femmes, quelque mal conformées qu'elles fussent, pourvu qu'on les lui livrât dès le commencement du 8e mois de la grossesse.

Nous avions déjà fait quelques recherches sur le moyen d'éviter une opération sanglante sur la mère ou sur l'enfant. Nous avions déjà réuni à cette époque (1832), *cent quarante-sept cas* d'accouchemens prématurés artificiels, qui, tous, n'avaient point eu les mêmes résultats.

Depuis ce temps, MM. P. Dubois et Velpeau ont fait connaître qu'ils s'étaient occupés de ce point si intéres-

sant de la science. Tous deux ont reconnu que l'accouchement prématuré artificiel pourrait être d'une grande ressource dans certains cas de difformités du bassin ; ils ont remarqué comme nous que cette opération n'était pas toujours suivie de la conservation de l'enfant ; les deux tiers à peu près succombant aux effets de la longue compression qu'ils éprouvent de la part des contractions de l'utérus avant d'être expulsés de la cavité de cet organe, ou parce qu'ils manquaient des élémens nécessaires à une viabilité durable.

Nous avons également observé qu'un grand nombre de femmes meurent des suites d'une métrite ou d'une métro-péritonite déterminée par la ponction des membranes, ou des suites de l'irritation exercée sur le col utérin.

Le Dr Hamilton que nous avons vu dans un de ses voyages à Paris, nous dit avoir conservé *vingt-trois* enfans sur *vingt-sept*. Il attribuait l'insuccès des provocateurs de l'accouchement prématuré aux moyens qu'ils employaient pour le déterminer, c'est-à-dire la rupture des membranes, tandis que lui mettait le plus grand soin à conserver l'intégrité de l'œuf. Il n'agissait que sur l'orifice externe dans lequel il introduisait doucement l'extrémité du doigt, et frictionnait légèrement la face interne de ce canal pendant 10 à 15 minutes. Il réitérait ainsi ces frictions utérines tous les jours, jusqu'à ce qu'il déterminât les contractions de l'organe. Il est probable qu'il ajoutait à ces frictions sur l'intérieur du col l'application de quelques émolliens liquides ou solides agissant sur les parties, pour les disposer au ramollissement et à la dilatation, ou bien encore les bougies préparées, laissées à demeure dans l'orifice de la matrice.

Indépendamment des preuves que l'on a déjà acquises de l'inefficacité de ces moyens dans beaucoup de cas de resserrement du bassin, il n'était pas difficile de prévoir

que ces ruptures de membranes du fœtus, ces dilatations artificielles de l'orifice de la matrice, auraient été souvent pratiquées sans nécessité; qu'elles n'auraient pas toujours été innocentes pour la mère et pour l'enfant, parce qu'il sera toujours très-difficile de déterminer d'une manière précise les cas et les circonstances qui réclameront, de préférence à toutes autres opérations, la rupture des membranes de l'œuf et la dilatation prématurée du col utérin. En effet, peut-on être assuré que le diamètre sacro-pubien n'a pas moins de deux pouces trois quarts? Peut-on connaître également que la tête du fœtus se trouve dans les proportions convenables au degré de resserrement de la cavité osseuse qu'il doit traverser? Tel est l'écueil où viennent se briser et où se briseront toujours les plus hautes renommées obstétricales.

On sait bien que l'âge du fœtus ne saurait servir de règles *précises* pour apprécier son volume. En effet, il est des fœtus de sept à huit mois qui sont plus volumineux que d'autres fœtus à terme dont le poids varie de *cinq* à *neuf* livres, et plus encore. Il est donc presqu'impossible de savoir à quelle espèce de fœtus on a affaire lorsqu'il est encore enfermé dans l'utérus, au-dessus du détroit supérieur, comme il arrive dans ce cas, et que les membranes sont dans leur intégrité.

Qu'il nous soit permis de reproduire ici deux petites tables, résultat de l'observation de la même personne sur la longueur totale et les diamètres de la tête du fœtus de 7 à 8 mois, et sur des cas d'accouchemens à terme avec difformité du bassin.

TABLE N° 1.

	MESURES DU FOETUS DU 7 AU 8e MOIS.			
	TAILLE du fœtus.	DIAMÈTRE occipital frontal.	DIAMÈTRE bi-pariétal.	ETAT physique du fœtus.
7 mois.	14 pouc. 1/2.	3 pouc. 9 l.	2 pouces 10 l.	vivant, faible.
....	15 pouces.	3 pouc. 9 l.	2 pouc. 8 l. 1/2.	viable.
....	15 pouces.	3 pouc. 6 l.	3 pouces.	viable.
et demi.	15 pouc. 1/2.	3 pouc. 10 l.	3 pouces.	vivant.
......	15 pouces.	3 pouc. 4 l.	2 pouces 9 l.	vivant.
... .	16 pouc. 1/2.	4 pouc. 2 l.	3 pouces.	vivant.
et de- peu de ès être	17 pouc. 8 l.	4 pouc. 1 l.	3 pouces 4 l.	mourant.

Table n° 2.

	ACCOUCHEMENS NATURELS A TERME, AVEC RESSERREMENT DU BASSIN.			
	DIAMÈTRE du détroit supérieur.	POIDS de l'enfant.	DURÉE du travail.	ET phy des e
	3 pouces.	non pesé.	lent.	faib
	3 pouces.	non pesé.	6 heures.	né 1
	3 pouces.	7 livres.	spontanée.	viva
	2 pouc. 3/4.	7 livres.	non notée.	vial
	3 pouces.	6 livres 1/2.	48 heures.	viva
	2 pouces.	6 livres 1/2.	4 jours.	mor
	3 pouc. 1/4.	5 livres.	32 heures.	mor
	3 pouces.	6 livres.	15 heures.	via
	2 pouc. 1/4.	4 livres 1/2.	15 heures.	viv
	2 pouc. 3/4.	6 livres 1/2.	30 heures.	mo
	2 pouc. 3/4.	6 livres.	point notée.	mo
Né à 6 mois......	2 pouc. 1/2.	2 livres.	24 heures.	fai
Né à 7 mois......	2 pouc. 1/4.	4 livres.	7 heures.	via

L'auteur du tableau n° 1 fait observer, comme nous l'avions déjà fait nous-même en semblable occasion, qu'il existe une grande différence dans les dimensions des deux diamètres opposés de la tête de plusieurs fœtus estimés au même terme de la grossesse. Mais il conclut de ce rapprochement, qu'à partir du commencement du septième mois, la tête du fœtus ne peut plus traverser sans effort qu'un bassin dont le diamètre antéro-postérieur est d'environ trois pouces de France. Aussi, ajoutait-il, nous ne ferions tout au plus *la perforation des membranes* que dans les cas de convulsions et d'hémorrhagies. (Madame *Lachapelle*, *Pratique des accouchemens*, 3e vol. p. 436.)

Quelques pages plus loin, Madame Lachapelle rapporte plusieurs exemples d'accouchemens spontanés à terme dans des cas de difformité du bassin. C'est à l'aide de ces *treize* observations que nous avons dressé la table n° 2 ci-contre. On y voit d'un coup d'œil des enfans à terme du poids de 5, 6 et 9 livres, franchir les détroits d'un bassin de *trois* pouces, de *deux* pouces *six* lignes, *deux* pouces *trois* lignes.

Cette contradiction dans les faits observés et rapportés par la même personne est une nouvelle preuve de l'embarras où se trouve le praticien, quelque habile qu'il soit, dans les cas de difformité de la cavité pelvienne.

Concluons : La provocation de l'accouchement prématuré peut être utile en beaucoup de circonstances ; mais si c'est une ressource que l'humanité doit accueillir pour des cas graves, les sages-femmes ne devront jamais la tenter. Et comme elle a été déjà pratiquée dans de sinistres desseins par des personnes de l'un et de l'autre sexe, on doit se mettre à l'abri de cette odieuse accusation en réunissant plusieurs personnes de l'art pour juger de la nécessité de l'opération ou de s'en abstenir, comme dans tous les cas où la vie de la mère ou de l'enfant se trouve compromise.

ARTICLE V.

Des accidens qui peuvent résulter de l'accouchement manuel et instrumental.

La détroncation de l'enfant, le décollement de la tête, la rupture de l'utérus, sont des accidens très-graves, dont malheureusement les exemples ne sont encore que trop fréquens.

De la Détroncation.

La séparation du tronc d'avec la tête de l'enfant ne peut être que le résultat de l'imprévoyance, de la maladresse et de l'ignorance, dans les cas d'expulsion ou d'extraction de l'enfant par les pieds. Lorsqu'on s'obstine opiniâtrement à tirer sur le tronc, sans avoir égard à l'état de putréfaction de l'enfant, à la situation, au volume de la tête relativement au bassin, on court toujours les risques de séparer le tronc, accident que l'on aurait prévenu en faisant prendre à la tête une direction convenable; en changeant sa mauvaise situation en une meilleure, soit au moyen de la main, soit avec le forceps; ou, lorsqu'il y a disproportion entre les dimensions du bassin et les diamètres de la tête, en perforant le crâne, en le vidant, pour l'affaisser et en diminuer le volume.

Le parti à prendre dans le cas où la tête est restée seule dans l'utérus, dépend de l'état de la femme. La détroncation est-elle l'effet d'un travail long, pénible, de violens efforts qui ont irrité, disposé l'utérus à l'inflammation, il faut employer les bains, les potions calmantes, la saignée, s'il y avait de la fièvre, enfin tous les moyens propres à faire cesser le spasme de l'utérus.

On devra néanmoins s'assurer de la situation de la tête à l'égard du bassin, afin d'aviser aux moyens de lui donner une direction convenable pour son expulsion.

Ainsi, lorsque le spasme de l'utérus aura cessé, on tâchera d'accrocher la mâchoire inférieure, pour entraîner la tête et placer le sommet dans la direction de l'axe du vagin, de manière que le menton se présente sous l'arcade des pubis, comme dans les derniers temps de l'accouchement, l'enfant présentant la face, la tête venant la première (*voy*, pl. 78). L'expulsion s'en fera naturellement, si les dimensions du détroit périnéal sont en proportion avec le volume de la tête.

Quand, au contraire, le bassin est resserré dans l'un ou l'autre de ces détroits, on perfore le crâne en introduisant une main dans l'utérus, pour fixer la tête et pour diriger le perforateur, que l'on glisse le long de la face interne de cette main, afin de garantir les parties de la mère des blessures que l'on pourrait faire avec l'instrument : on le plonge dans une des sutures, ou dans une fontanelle, que l'on ouvre pour vider et affaisser le crâne, dont on fait ensuite l'extraction.

Du Décollement de l'Enfant.

Cet accident, qui consiste à arracher la tête de l'enfant, en laissant le tronc dans l'utérus, ne peut être que l'effet d'une conformation monstrueuse de l'enfant, ou de quelques maladies qui augmentent le volume du tronc ; ou de l'application du forceps sur la tête d'un enfant putréfié.

Si les épaules sont restées au-dessus du détroit abdominal, on fait la version du tronc en allant à la recherche des pieds, que l'on amène à la vulve.

Si le ventre ou la poitrine étaient développés outre mesure par la présence d'un fluide, on en procurerait l'écoulement par une ponction sur la partie tuméfiée.

Lorsque les épaules sont parvenues dans l'excavation, on les dirige de manière que l'une réponde au sacrum et l'au-

tre derrière les pubis. On favorise l'expulsion du tronc en passant un doigt en forme de crochet dans le pli de l'aisselle, qui répond en arrière du bassin, pour l'entraîner jusqu'à là vulve.

De la Rupture de l'Utérus.

Les cas de rupture spontanée arrivée au troisième mois de la conception, à la suite d'efforts violens, s'expliquent par la mollesse et le peu d'épaisseur qu'ont à cette époque les parois de l'utérus. Mais le plus souvent, c'est à une époque plus avancée de la grossesse, et plus fréquemment encore pendant le travail de l'accouchement, chez une femme dont le bassin est mal conformé, que cet accident a lieu.

La rupture peut se faire à différens endroits de l'utérus et en différens sens ; mais le plus ordinairement elle a lieu vers son col.

Signes extérieurs de la rupture. 1° Douleur aiguë au moment de l'accident, accompagnée de bruit ou de craquement ; 2° altération subite de la face ; de la forme de l'abdomen, lorsque l'enfant a passé en partie ou en totalité dans cette cavité ; 3° hémorrhagie ; 4° convulsions ; 5° hoquets et vomissemens ; 6° pouls faible ; 7° syncopes.

Signes reconnus par le toucher. Lorsque la rupture a lieu pendant le travail de l'accouchement, les contractions cessent ; si l'orifice était ouvert et les membranes intactes, disparition subite de la poche de l'eau ; absence de la partie qui se présentait ; resserrement de l'orifice.

Causes prédisposantes. Amincissement contre nature d'un point d'une des régions de l'utérus (1) ; les maladies

---

(1) Chez une femme morte en couches à l'hospice de la Maternité d'une affection du poumon, dont le bassin n'avait que *deux pouces*

de l'organe, les vices de conformation du bassin, les brides, les callosités de l'orifice, les tumeurs squirrheuses du col, de l'utérus et du vagin.

Causes efficientes. Pendant le cours de la grossesse, les coups, les chutes, les compressions brusques, la mauvaise situation de l'enfant. Pendant le travail de l'accouchement, les efforts inconsidérés ou mal dirigés de la femme; les mauvaises manœuvres de la personne qui opère, soit pendant la répulsion de l'enfant, soit pendant sa version par les pieds, soit par l'application des instrumens.

1[re] *Indication.* Eviter avec le plus grand soin tout ce qui pourrait donner lieu à cet accident.

2[e] *Indication.* Opérer l'accouchement.

Si la tête est engagée dans l'excavation, il faut l'extraire avec le forceps.

Si la tête n'était point susceptible d'être saisie avec l'instrument, il faudrait faire l'extraction de l'enfant par les pieds; si ces extrémités étaient passées par la crevasse de l'utérus, il faudrait y faire pénétrer la main pour les ramener dans la cavité utérine et les extraire par l'orifice naturel.

Lorsque le bassin est resserré, il faut avoir recours à la gastrotomie.

Quand l'enfant est entièrement passé dans la cavité abdominale, quoique le bassin soit bien conformé, il faut en-

---

trois quarts d'avant en arrière, nous avons vu, à quelques lignes au-dessus de la paroi postérieure du col de l'utérus, dans l'endroit qui correspondait à l'angle sacro-vertébral, un espace d'environ *huit lignes*, paraissant absolument usé, et qui n'offrait pas un demi-quart de ligne d'épaisseur. L'enfant avait été extrait après la perforation du crâne. Cette femme, d'une taille d'environ trente-sept pouces, avait la marche claudicante, comme l'ont presque toutes les femmes rachitiques à ce degré.

core inciser les muscles abdominaux pour faire l'extraction de l'enfant.

Si l'accouchement s'est opéré par la voie naturelle, on procède à la délivrance en portant la main dans l'orifice utéro-vaginal pour en détacher et en extraire le placenta ; s'il était passé dans l'abdomen, on ferait passer la main dans la crevasse pour tâcher de le faire rentrer dans l'utérus, et l'extraire par la voie naturelle.

Accidens qui viennent compliquer la rupture de l'utérus.

Hémorrhagie externe ; épanchement de sang dans la cavité abdominale ; engagement d'une plus ou moins grande portion d'intestin dans la crevasse ; étranglement de l'intestin, occasionné par la contraction de l'utérus.

Indications générales. Restituer à la cavité abdominale la portion d'intestin qui s'est engagée par l'ouverture accidentelle ; exciter ensuite la contraction de l'utérus par la présence d'une main dans sa cavité, et par des frictions à l'extérieur ; faire usage de tous les moyens propres à calmer l'hémorrhagie et à combattre l'inflammation de l'organe lacéré.

Le succès des soins que l'on apporte dans ce cas est relatif aux causes qui ont donné lieu à cet accident, qui est presque toujours mortel.

De la rupture du vagin.

Cet accident, qui le plus souvent est confondu avec la rupture de l'utérus, offre à peu près les mêmes symptômes ; les causes sont aussi les mêmes. Si le péritoine n'a point participé à la rupture du vagin, on n'aura pas à craindre une hernie entéro-vaginale, ni l'épanchement de sang dans la cavité de l'abdomen. Les résultats, dans ce cas, sont moins alarmans ; mais si la paroi recto-vaginale

est rompue, on aura à combattre tous les accidens qui en sont la conséquence.

CHAPITRE III.

DE LA DÉLIVRANCE.

De quelque manière que se soit opérée la sortie de l'enfant, l'accouchement n'est pas encore terminé : il faut, pour que cette fonction ait reçu son complément, que l'utérus soit débarrassé des annexes du fœtus. Le cordon ombilical, le placenta et les membranes, désormais inutiles à l'enfant, deviendraient nuisibles et même dangereux pour la mère, par leur séjour prolongé dans l'utérus. Aussi presque toujours cet organe se hâte de s'en *délivrer* ; d'où vient le nom de *délivrance* donné à cette fonction, qui, lorsqu'elle s'exécute régulièrement, met la femme hors de tout danger.

Le plus souvent la délivrance s'opère, de même que l'accouchement, par l'effet des contractions de l'utérus, aidées des muscles abdominaux ; mais quelquefois aussi des circonstances particulières exigent l'application de la main, soit pour aider la nature à surmonter les obstacles qui empêchent son action, soit pour la suppléer lorsqu'il y aurait du danger à lui confier entièrement l'exécution de cette dernière et importante fonction.

Ainsi la *délivrance est naturelle*, lorsqu'elle est spontanée et qu'elle s'opère par les contractions de l'utérus et des muscles abdominaux.

La délivrance devient *artificielle* ou *manuelle*, lorsqu'elle exige le secours de la main d'une personne de l'art pour être terminée heureusement.

Nous avons fait remarquer, en parlant de l'accouchement avant terme, que généralement la délivrance est prompte et facile en raison inverse de la rapidité du travail

de l'accouchement; c'est-à dire, que plus l'expulsion de l'enfant a été prompte, plus la délivrance sera lente à se faire, parce que l'utérus n'a pas eu le temps de se séparer du placenta. Par la même raison, plus long-temps l'utérus aura fait des efforts pour se contracter, plus aussi les annexes du fœtus auront perdu de leurs adhérences avec l'organe auquel ils étaient attachés. En effet, l'expérience démontre tous les jours que, même après l'accouchement artificiel, soit au moyen de la main ou des instrumens, le placenta se trouve presque constamment expulsé aussitôt après l'extraction de l'enfant.

C'est d'après ce motif que nous nous sommes déterminée à ne traiter de la délivrance qu'après avoir parlé de toutes les espèces d'accouchemens.

Mécanisme de la délivrance naturelle.

Tant qu'aucune cause ne détermine l'action de l'utérus, les membranes et le placenta restent accolés à sa surface interne; mais dès que ce viscère se contracte, se rapetisse, les organes temporaires qu'il contient cèdent à son action; lorsqu'elle est soutenue et prolongée, l'orifice utérin s'ouvre, la poche membraneuse s'allonge, s'engage; une partie du fœtus, puis la totalité de son corps, est chassée de la cavité de l'organe. A mesure que l'utérus a perdu de son étendue, les membranes et le placenta, sans action, sans énergie, ont été obligés de céder; les membranes, d'abord, se rident, se plissent; le placenta se fronce; et après la sortie de l'enfant, les secondines se pelotonnent par l'effet de la contraction de l'utérus qui les tient étroitement embrassées. Le plus souvent alors elles sont entièrement *décollées;* l'utérus, réduit au volume de la tête d'un fœtus à terme, tend encore à diminuer de capacité; la présence du placenta sur l'orifice excite la contraction de l'utérus; il se resserre, se durcit, *et pousse au dehors* les corps étrangers

ui étaient restés dans sa cavité : de là deux temps distincts ans la délivrance : 1° *le décollement;* 2° *l'expulsion des econdines.*

Signes de la délivrance naturelle.

1° En palpant l'abdomen de la femme qui vient d'ac-oucher, on trouve entre la région hypogastrique et la ré-ion ombilicale une tumeur arrondie et solide formée par utérus ; 2° pendant les douleurs légères dont se plaint la emme, cette tumeur se durcit et diminue de volume; 3° en ortant le doigt dans le vagin, on rencontre le placenta à orifice de l'utérus.

Le placenta se présente à l'orifice de plusieurs manières ifférentes : 1° lorsqu'il s'est décollé par son centre il vient 'offrir par sa face fœtale sous forme de cul-de-lampe; ° lorsqu'il s'est détaché par son bord supérieur, il s'en-age dans l'orifice sous forme de bec de pot, et présente le ord de sa face utérine ou spongieuse ; de même quand il e détache par son bord le plus voisin de l'orifice, et qu'il e roule en forme de cornet de papier.

Pendant son expulsion, le placenta suit la direction des eux axes du bassin : il est poussé par la contraction de 'utérus, d'abord de haut en bas et de devant en arrière ; nsuite il est poussé de derrière en devant et de bas en haut, ans le sens de l'axe du vagin ou du détroit périnéal.

Ainsi, lorsque le placenta est décollé et qu'il est néces-aire d'en favoriser l'expulsion ou de l'extraire, on lui fera uivre la direction que lui imprime l'utérus.

De la manière d'aider à la Délivrance naturelle.

Lorsque l'on a reconnu, aux signes que nous venons l'indiquer, que l'utérus fait des efforts pour expulser le lacenta, on se saisit du cordon ombilical, dont on fait une u deux circulaires autour de deux doigts de la main

droite que l'on aura garnis d'un linge sec pour empêcher le cordon de glisser; on porte plusieurs doigts de l'autre main dans le vagin ; on les applique sur la portion du cordon qui avoisine le placenta; on le pousse vers le coccix, pendant que de la main droite on fait des tractions de haut en bas, et de droite à gauche, alternativement. Par ce moyen, on produit l'effet d'une poulie de renvoi qui dirige le placenta de devant en arrière. Lorsqu'il est parvenu dans le vagin, il suffit d'une main pour le tirer de bas en haut, pour lui faire franchir l'orifice externe du vagin ; lorsqu'il est assez engagé pour pouvoir être embrassé avec l'extrémité des doigts, on s'en saisit, on le tourne plusieurs fois dans un même sens, afin d'achever le décollement des membranes, et d'en former une espèce de corde, sur laquelle on tire lentement pour les extraire toutes à la fois.

Immédiatement après la délivrance, d'une main appliquée à l'extérieur, et d'un doigt de l'autre main dans le vagin, on s'assure de l'état, de la situation de l'utérus ; s'il est contracté ; s'il n'est pas déplacé ou renversé ; s'il n'y serait pas resté quelques caillots.

On examine ensuite le placenta, pour reconnaître s'il est dans toute son intégrité ; s'il en était resté quelques portions dans l'utérus, il faudrait l'en débarrasser promptement pour prévenir les accidens qui pourraient en résulter.

De la Délivrance artificielle.

S'il est des cas qui exigent impérieusement l'intervention de l'art pour opérer promptement la délivrance , il en est un bien plus grand nombre encore où il y aurait du danger à vider brusquement l'utérus ou à le violenter pour en extraire le placenta. Ainsi il est des circonstances qui commandent de différer la délivrance ; c'est quand il n'existe aucun accident qui puisse mettre la

femme en péril : *il faut attendre* ; mais lorsqu'il survient une hémorrhagie abondante, des convulsions, des syncopes, accidens si promptement funestes, faudra-t-il se hâter d'extraire le placenta ? Oui, si la présence du placenta est la cause de l'accident actuel.

De l'Hémorrhagie après la sortie de l'enfant.

L'hémorrhagie est interne ou externe : dans le premier cas, la contraction spasmodique de l'orifice interne, un caillot de sang, le placenta lui-même, peuvent être autant de causes de la rétention du sang dans la cavité de l'utérus.

La pâleur de la face, l'anxiété, les inspirations profondes, la faiblesse du pouls, les éblouissemens, les vertiges, les syncopes, le développement rapide de l'abdomen, sont les signes de l'hémorrhagie interne.

Les mêmes symptômes accompagnent l'hémorrhagie externe, excepté la tuméfaction du ventre, parce que le sang s'écoule au dehors.

Mais l'hémorrhagie a précédé la sortie de l'enfant et continue encore, ou elle ne s'est annoncée qu'après l'accouchement ; cette distinction est essentielle à remarquer, parce que la conduite à tenir pour chacun de ces cas est différente.

Si l'hémorrhagie est une continuation de celle qui a eu lieu pendant le travail ; si la femme en est très affaiblie et l'utérus inerte, l'extraction du placenta ne détruira pas ses effets ; il faudrait donc, avant d'opérer la délivrance, tenter de rendre à l'utérus la tonicité qui lui manque, en ranimant la malade par quelques cuillerées de bon vin ; en appliquant sur le ventre et les cuisses des linges trempés dans l'eau froide et le vinaigre ; en portant la main dans l'utérus, pour en agacer légèrement les parois, jusqu'à ce que l'on sente l'organe faire des efforts sur lui-

même : ce n'est qu'alors seulement qu'il faut aider à la délivrance en repoussant le placenta avec la main qui est dans l'utérus, et en le tirant de l'autre par le cordon. Il faut laisser la main dans l'utérus jusqu'à ce qu'il se contracte assez fortement pour faire espérer sa prompte et durable réduction.

Si l'hémorrhagie n'a point eu lieu pendant le travail de l'accouchement, si elle ne s'annonce qu'après que l'utérus se sera contracté, nul doute alors que le placenta ne s'oppose au resserrement de l'orifice des vaisseaux utérins : on ne peut faire cesser la perte actuelle qu'en se hâtant d'opérer la délivrance, comme il est indiqué dans le cas précédent.

Quelquefois chez les femmes éminemment sanguines, chez celles qui font un usage habituel de liqueurs fortes ou de substances trop animalisées, immédiatement après la sortie de l'enfant, il s'échappe de la vulve un flot de sang qui résulte du dégorgement subit des gros vaisseaux de l'utérus : il ne faudrait pas encore s'empresser d'extraire le placenta; chez les femmes fortement constituées, cette hémorrhagie est plus salutaire que nuisible. Cependant cet état exige de la vigilance et de l'attention; si l'utérus fait des efforts pour se contracter, et que le sang continue de couler avec abondance, il faut opérer l'extraction du placenta.

De la Délivrance dans le cas d'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus.

Le plus ordinairement le placenta se trouve tout-à-fait décollé par l'effet de la dilatation de l'orifice, et quelquefois même, lorsqu'il était attaché centre pour centre, il est expulsé entièrement avant la sortie de l'enfant : dans ce cas, la presque totalité des membranes reste dans l'utérus. Mais lorsque le placenta ne présentait qu'un de

ses bords, il peut encore en rester une portion assez considérable pour entretenir une hémorrhagie qui deviendrait d'autant plus promptement funeste, qu'elle a été déjà précédée d'une perte considérable de sang.

Il faut donc se hâter de détruire le reste des adhérences du placenta, en passant les doigts entre la portion décollée et la face interne de l'utérus; on le tire ensuite par le bord qui s'est détaché le premier. Lorsqu'il est presque entièrement engagé dans le vagin, on le roule plusieurs fois sur lui-même, afin de pouvoir détacher et entraîner une plus grande portion possible des membranes. Il est même très prudent, et le plus souvent indispensable, de porter la main dans l'utérus pour balayer sa cavité des lambeaux de membranes et des caillots qui pourraient être restés derrière le placenta.

De la Syncope.

Causes. Déplétion trop subite de l'utérus; inertie de ce viscère, hémorrhagie, affections de l'ame excitées soudainement.

Même indication à remplir que dans le cas d'hémorrhagie, lorsque ce dernier accident est la cause de la syncope : employer, pour rappeler les facultés de la malade, tout ce qui a été prescrit dans ce cas pendant le travail de l'accouchement.

Convulsions.

On conseille généralement d'opérer la délivrance ; mais ne pourrait-on pas, auparavant, tenter l'usage des moyens indiqués dans ce cas, lorsqu'il se présente pendant le travail de l'accouchement ? Si cet accident est l'effet de l'inertie de l'utérus, de l'hémorrhagie ou de l'épuisement des forces de la malade, on doit avoir recours aux moyens indiqués pour chacun de ces cas.

Des circonstances et des cas qui exigent de différer la Délivrance.

1° La contraction spasmodique de l'orifice de l'utérus; 2° la mauvaise situation de la femme ; 3° le volume trop considérable des secondines ; 4° la faiblesse ou la rupture du cordon ombilical ; 5° le chatonnement du placenta , les adhérences trop intimes du placenta avec l'utérus.

Contraction spasmodique de l'orifice de l'utérus.

Dans ce cas on fait des frictions à l'extérieur sur le fond de l'organe ; le plus souvent ce moyen suffit pour exciter sa contraction et faire ouvrir son orifice ; s'il résiste, le dilater en y introduisant successivement plusieurs doigts que l'on tient écartés les uns des autres, tandis que de l'autre main on tire sur le cordon pour faire descendre et engager le placenta dans l'orifice, que l'on maintient dilaté avec les doigts.

Mauvaise position de la femme.

Dans le cas d'obliquité antérieure considérable , le fond de l'utérus, après l'accouchement peut, être resté flasque , pendant au devant des pubis. On fait tenir la femme dans la supination , le bassin plus élevé que la poitrine ; on pousse le fond de l'utérus vers les lombes pour le remettre dans la direction de l'axe du détroit abdominal ; on frictionne le fond de l'organe ; et pour l'aider à expulser le placenta , on fait des tractions ménagées sur le cordon.

Si l'on éprouvait de la difficulté, il faudrait faire coucher la femme sur le côté et l'incliner le plus en avant possible, afin d'arriver plus directement au placenta; c'est derrière

la malade qu'il faudrait se placer pour opérer la délivrance.

La masse trop volumineuse des Secondines.

Quelquefois la réunion d'une certaine quantité de sang fluide ou coagulé dans les membranes ajoute au volume du placenta et l'empêche de s'engager dans l'orifice. On introduit plusieurs doigts dans le col utérin ; on abaisse un des bords du placenta ; on le débarrasse des caillots qu'il peut contenir ; on continue de faire des frictions sur le fond de l'utérus, tandis que l'on aide, en tirant sur le cordon, à l'expulsion de cette masse vasculeuse.

La faiblesse ou la rupture du Cordon ombilical.

Cette circonstance ôte les moyens d'aider à la délivrance; on y supplée en faisant des frictions sur la région de l'utérus. Lorsque le placenta tarde trop long-temps à descendre, on le dégage par un de ses bords, et on l'entraîne dans l'orifice.

Le Chatonnement du Placenta.

On dit que le placenta est chatonné, lorsque cette masse se trouve renfermée, par un ou plusieurs de ses bords ou en totalité, dans des replis contre nature de l'utérus.

Causes. Selon la plupart des écrivains, la portion de l'utérus qui fournissait les points d'attache au placenta, plus épaisse que les parois qui entourent cette masse, se contracte moins fortement que les régions qui l'environnent ; de là, l'encadrement du placenta et la double cavité de l'utérus que quelques-uns comparent à une gourde ou à une vessie de poisson.

1re *Indication.* Faire des frictions à l'extérieur, sur le fond de l'utérus ; agacer l'orifice avec l'extrémité des

doigts ; insister sur ce moyen pour déterminer l'organe à se contracter d'une manière plus régulière.

2e *Indication.* Porter la main dans l'utérus, en suivant le cordon qui conduit à l'orifice du *chaton*, le dilater avec les doigts introduits, tandis que de l'autre main on fait des tractions sur le cordon ombilical ; dégager un des bords du placenta, le soulever avec l'extrémité des doigts à mesure que l'on parcourt la face postérieure de cette masse ; la chasser hors de sa cavité contre nature, tandis que l'on continue les tractions sur le cordon ; lorsque le placenta est déchatonné, on conserve la main dans l'utérus, et de l'autre on fait des frictions sur l'abdomen : bientôt les replis des parois utérines se redressent, l'utérus se contracte sur la main que l'on retire lentement, et l'on achève d'entraîner le placenta.

De l'Adhérence du Placenta.

Le placenta peut conserver avec l'utérus des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins intimes, même à la suite de l'accouchement à terme.

Causes. Maladies du korion, du placenta ou de l'utérus pendant la grossesse (1) ; inertie de l'utérus après la sortie de l'enfant.

Signes de l'adhérence du placenta. 1°. Irréduction de l'utérus après plusieurs contractions successives ; 2°. souplesse, laxité de l'orifice interne de l'utérus ; 3°. douleur dans la région de l'utérus où se trouve fixé le placenta ; 4°. dépression de cette paroi de l'organe lorsqu'on fait des tractions sur le cordon ; 5°. abaissement, restitution de la tumeur utérine, selon que l'on tire ou que l'on cesse de

---

(1) *John Burns* rapporte un exemple d'ossification d'une portion du placenta avec la paroi de l'utérus à laquelle il correspondait.

tirer sur le cordon; 6°. enfin, absence du placenta sur l'orifice de l'utérus.

L'adhérence du placenta n'étant jamais complète, il en résulte toujours une hémorrhagie proportionnée à l'étendue de la portion décollée.

1re *Indication*. Lorsque l'adhérence du placenta tien à l'inertie de l'utérus; il faut faire des frictions sur le fond de cet organe; employer tous les moyens propres à stimuler son action avant d'aider à la délivrance, car on s'exposerait à entraîner le fond de l'utérus avec le placenta. C'est dans ce cas, surtout, qu'il faut beaucoup de patience et de persévérance dans les moyens que l'on emploie pour rendre à l'organe le ressort et l'énergie nécessaires à sa contraction.

2e *Indication*. Quand l'utérus est revenu sur lui-même, on fait des tractions modérées sur le cordon dans un sens opposé à son insertion, à l'implantation du placenta, en formant une poulie de renvoi avec le cordon.

3e *Indication*. Lorsque les adhérences sont trop fortes ou trop étendues, que le placenta résiste, il faut introduire la main dans l'utérus en suivant le cordon jusqu'au placenta. Si le cordon était rompu, on distinguerait le placenta aux inégalités que présente la distribution de vaisseaux de sa face fœtale; on est sûr d'agir sur le placenta, lorsque la femme est insensible aux mouvemens que l'on fait en passant les doigts légèrement sur cette masse. Alors on presse avec l'extrémité des doigts sur le placenta assez fortement, et assez long-temps pour exciter la contraction de la paroi sur laquelle il est attaché; les mouvemens, quelquefois la seule présence de la main, suffisent pour éveiller l'action de l'utérus, achever le décollement et opérer l'expulsion de l'arrière-faix.

4e *Indication*. Lorsque l'usage des moyens précédens a été infructueux, on glisse l'extrémité des doigts sous le

bord détaché du placenta ; on le soulève à mesure que l'on avance derrière sa face spongieuse, afin d'en détruire les adhérences. On parcourt ainsi toute l'étendue de cette masse ; et lorsqu'elle est entièrement décollée, on la pousse au devant de la main jusque sur l'orifice, puis on l'entraîne doucement dans le vagin et hors de la vulve.

Si une portion du placenta offrait de la résistance, il ne faudrait pas insister pour la décoller. En tiraillant sur l'utérus, on y déterminerait de l'inflammation ; il faudrait, dans ce cas, se borner à extraire la portion détachée, et laisser le reste à faire à la nature. On préviendrait les effets de la putréfaction par des injections dans la cavité de l'utérus avec une décoction de guimauve et de fleurs de camomille, avec une décoction de quinquina. Cette circonstance est toujours très-grave par ses conséquences, et mérite la plus grande attention. Plusieurs praticiens distingués ont rapporté des cas d'absorption du placenta : nous avons publié un petit mémoire à ce sujet auquel nous renvoyons le lecteur. (1)

Si le placenta était adhérent dans toute l'étendue de sa circonférence, l'hémorrhagie externe ne saurait avoir lieu ; le sang s'épancherait derrière sa face utérine ; et en s'y coagulant, il prendrait la forme d'une *lentille*. Mais si le volume du coagulum augmente, le placenta n'étant point susceptible de dilatation ni d'expansion, ses adhérences se détruiront de proche en proche ; si les adhérences circulaires sont trop fortes pour céder au volume de la tumeur formée par l'épanchement du sang, elles seront aussi un obstacle à une hémorrhagie plus considérable. Il vaudrait donc mieux attendre les efforts de la

---

(1) Voyez notre mémoire ayant pour titre : *Observations et réflexions sur l'absorption du placenta*; Paris, 1829.

nature, que de la violenter par des manœuvres qui, toujours, ont les plus fâcheux résultats.

Cependant on a conseillé, dans ce dernier cas, de percer le placenta dans son centre avec l'extrémité du doigt indicateur; de faire de petits mouvemens circulaires pour en agrandir l'ouverture; d'y passer successivement tous les doigts, puis la main entière, que l'on promène en tous sens derrière cette masse pour en opérer le décollement total.

De la Délivrance dans le cas d'Avortement.

Nous avons dit ailleurs que plus le produit de la conception est récent, plus le placenta occupe d'étendue dans l'utérus, et plus aussi ses adhérences sont intimes; que plus la nature mettra de temps à dilater les orifices, plus complet aussi sera le décollement des membranes et du placenta.

Il faut donc bien se garder de rompre les membranes, lorsque la femme est menacée de faire une fausse couche; car une fois l'eau de l'amnios écoulée, le petit fœtus sort promptement: mais il n'en est pas de même de ses annexes, que l'on ne pourrait extraire sans faire violence à l'utérus.

Ainsi, laisser agir la nature, observer les progrès qu'elle fait dans sa marche, s'opposer à tout ce qui pourrait lui être contraire, est tout ce que réclame de notre ministère cette circonstance fâcheuse.

Lorsqu'on n'a pu prévenir la rupture des membranes ou la sortie de l'embryon, le cordon, à cause de sa faiblesse, n'étant d'aucun secours pour aider à la délivrance, l'orifice n'étant point non plus disposé pour laisser pénétrer la main dans l'utérus, il faut encore commettre la délivrance à la nature. Mais il faut bien se rappeler *que la femme qui avorte n'accouche que d'un placenta:* que

l'expulsion de l'embryon n'est comptée pour rien ; tant qu'elle n'est point délivrée, elle n'est point accouchée (Leçons orales d'Ant. Dubois).

Comme cet accident est ordinairement accompagné d'hémorrhagie, on en arrêtera les progrès par l'usage du tampon, qui, dans les premiers mois de la grossesse, ne peut avoir les inconvéniens qu'il pourrait présenter plus tard, parce que les vaisseaux de l'utérus, plus petits, fournissent moins de sang qu'à une époque plus avancée.

De la Délivrance après l'accouchement d'enfans jumeaux.

Lorsqu'un précepte est d'une grande importance, on ne doit pas craindre de le répéter. Nous avons dit, à l'article *Placenta*, que les vaisseaux ombilicaux communiquaient quelquefois d'un placenta à l'autre dans les cas de grossesse double. La section du cordon du premier né pourrait donc occasionner une hémorrhagie mortelle pour le fœtus à naître : accident qui peut devenir également funeste pour la mère, si l'on néglige de faire la ligature du cordon du côté du placenta lorsqu'il est mal conformé. Comme il arrive encore assez souvent, soit par préoccupation ou autrement, que l'on ne pense pas, après la sortie du premier enfant, qu'il puisse en rester un second dans l'utérus, il vaut mieux prendre une précaution inutile en appliquant une ligature sur le cordon dans tous les cas ordinaires, que d'exposer la vie de l'enfant et de la mère par l'omission de l'emploi de ce moyen si simple et si facile.

Mais si les placentas des jumeaux sont le plus souvent réunis, il arrive aussi, comme nous l'avons dit ailleurs, qu'ils sont quelquefois séparés. Dans ce cas, lorsqu'après la sortie du premier enfant le placenta se présente à l'orifice de l'utérus, il faut en faire l'extraction de la manière qu'il est recommandé pour les cas simples.

Mais lorsque cette dernière disposition n'a point lieu,

il faut bien se garder d'opérer la délivrance avant la sortie des fœtus ; il est même très-important de ne point se hâter de délivrer la femme accouchée de plusieurs enfans, parce que l'utérus est bien plus disposé à l'inertie dans ce cas que dans tout autre.

Ainsi on attendra l'effet de plusieurs contractions successives. Lorsque l'utérus se présentera sous une forme ronde, solide au toucher, on tirera sous le plus fort des cordons, ou sur tous les deux à la fois, en les tournant l'un sur l'autre, pour faire descendre le placenta, que l'on ferait avancer dans l'orifice ; on continuerait les frictions sur le fond de l'utérus pour déterminer l'expulsion naturelle de la masse des secondines.

On doit craindre l'hémorrhagie interne après la délivrance des jumeaux. On veillera donc avec le plus grand soin à l'état de l'utérus, et on ne négligera aucun des moyens de prévenir cet accident, qui serait promptement mortel.

CHAPITRE IV.

Des Accidens qui peuvent survenir après la Délivrance.

L'hémorrhagie, la syncope, les convulsions, le renversement de l'utérus, le prolapsus de cet organe, celui du vagin, sont des accidens qui surviennent assez fréquemment après la délivrance, si on n'a pas l'attention de les prévenir.

De l'Hémorrhagie après la Délivrance.

La déplétion trop prompte de l'utérus ; la rétention d'une portion de placenta ou des membranes; la formation d'un caillot à l'orifice ; l'air trop chaud, trop concentré de la chambre de l'accouchée; la contrainte, la contrariété,

la frayeur, la joie ; en général, tout ce qui peut agiter le corps et l'esprit, et augmenter le mouvement du sang; enfin, le renversement de l'utérus, sont autant de causes de l'hémorrhagie.

Cet accident est toujours très-grave par ses conséquences, si l'on n'y remédie promptement.

L'hémorrhagie, après la délivrance, est interne ou externe.

Elle est interne, comme nous l'avons déjà dit, lorsque le sang ne coule point au-dehors; il s'accumule dans l'utérus, et en augmente quelquefois le volume avec une effrayante rapidité. La femme a des bâillemens, des tintemens d'oreilles ; elle fait de longues inspirations ; sa face est pâle ; son pouls est petit, faible, ou il ne bat qu'à de petits intervalles. Cet état se termine quelquefois par une syncope mortelle.

L'hémorrhagie externe s'annonce par les mêmes symptômes ; mais la femme ordinairement prévient elle-même qu'elle sent couler quelque chose par la vulve; au lieu que, dans le premier cas, la malade ne se doute pas plus que ceux qui l'entourent de la cause des symptômes qu'elle éprouve, si ce n'est la personne de l'art qui doit être attentive au moindre signe qui annonce ce formidable accident.

La première indication à remplir est de donner à la femme une position horizontale, de lui tenir la tête plus basse que le bassin, et pour cela de lui enlever promptement oreiller et traversin : 2° de s'assurer de l'état de l'utérus. D'une main appliquée sur l'abdomen, et d'un ou de plusieurs doigts introduits dans le vagin, on pénètre jusque dans l'orifice interne. Si l'on y trouve des caillots, on les retire; on est même quelquefois obligé d'introduire la main entière dans l'utérus pour retirer toute la quan-

tité de sang coagulé qui s'est amassé dans sa cavité. On frictionne en même temps le fond de ce viscère; on comprime doucement ses angles, points de l'utérus par où pénètrent les artères ovariennes, et où se trouvent les muscles concentriques de la face interne et latérale destinés plus spécialement à resserrer les orifices des vaisseaux qui abondent dans cette partie de l'utérus. Cette compression doit s'exercer au moyen d'une main introduite dans l'utérus et l'autre main appliquée à la surface ; ce mode de compression que nous mettons en usage dans ces sortes de cas, nous a paru profitable à celui recommandé par Archan et Baudelocque neveu, qui consiste à comprimer l'aorte avec l'extrémité des doigts fortement appliquée sur la région ombilicale de la femme. Nous avons vu que ce mode de compression n'empêchait pas le sang d'arriver à l'utérus chez les femmes grasses à parois abdominales épaisses. On expose la malade à l'air frais ; enfin, on fait tout ce qui est prescrit dans les autres cas d'hémorrhagie. On couvre la malade de linges trempés dans l'eau froide et le vinaigre ; on ne quitte point l'utérus ; *on y laisse séjourner la main* pendant qu'à l'extérieur on continue d'exciter son action ; on fait donner à la femme tous les autres secours que son état exige, soit qu'elle ait des syncopes ou des convulsions. Les injections d'eau froide par la veine ombilicale recommandées dans les cas d'adhérences du placenta, pourraient bien n'agir pas autrement qu'à la manière de simples stimulans, que comme les injections faites directement sur la face interne de l'utérus. Hippocrate, ou plutôt les sages-femmes de son temps, avaient recommandé l'introduction dans l'utérus d'une grenade dépouillée de son écorce. *Bigenhër*, à Florence, M. *Evrat*, à Paris, ont conseillé dans le même cas un citron également privé de son écorce ; mais un tampon de linge fin, trempé dans de l'oxicrat, se trouve partout

instantanément, et peut produire les mêmes effets (1).

Il faut bien se garder, sous aucun prétexte, lorsque la femme a été affaiblie par une hémorrhagie, de lui faire faire aucun mouvement, soit pour lui renouveler ses entours, l'habiller ou la changer de lit; ce ne doit être que plusieurs heures après que la perte a cessé, qu'il faut la transporter avec précaution dans celui où elle doit passer le temps des gésines.

Lorsque la malade n'a point de fièvre, il faut réparer ses forces par quelques cuillerées de vin de Malaga, des boissons froides, mais nourrissantes; des gelées de viandes, de bons bouillons; — que sa chambre ne soit éclairée que par une douce lumière; que l'air y soit frais et pur et souvent renouvelé; que le plus grand silence règne autour d'elle : on doit par conséquent proscrire toute visite importune.

Pour remédier à l'état d'épuisement occasionné par une perte de sang, on a conseillé et même pratiqué plusieurs fois et avec avantage la transfusion du sang. Mais quoique cette opération ait obtenu quelques succès, elle n'en est

(1) *Levret*, dans un cas d'hémorrhagie rebelle du rectum, imagina d'introduire dans ce canal une vessie de mouton qu'il développa ensuite en y injectant de l'air avec un soufflet; au moyen d'une ligature appliquée sur le col de cette vessie, elle resta développée, et ses parois étant en contact avec celles du rectum, les orifices des vaisseaux qui fournissaient le sang se trouvèrent bouchés, et l'hémorrhagie cessa. (*Cure des Polypes*, page 189, 3e édit.)

C'est sans doute d'après l'heureux résultat de cet ingénieux moyen qu'un auteur moderne a proposé, dans le cas d'hémorrhagie après la délivrance, d'introduire une vessie de cochon dans l'utérus, et de la développer au moyen de l'insufflation. Mais il suffit d'être bien convaincu que l'hémorrhagie utérine ne peut s'arrêter que par la contraction de l'organe, pour rejeter tous les moyens qui produiraient un effet contraire.

pas moins incertaine et dangereuse en beaucoup de cas.

Si la syncope et les convulsions ne sont point l'effet de l'hémorrhagie, voyez les moyens indiqués pour ces cas : Chap. V, Sect. V, Art. III et Art. II.

Du Renversement ou de l'Introversion de l'Utérus.

On appelle ordinairement *renversement* de l'utérus le changement qui survient dans la situation et dans la forme de l'organe, par l'effet de la rentrée, au-dedans de lui-même, d'une plus ou moins grande portion de ses propres parois; c'est pourquoi nous désignons cet accident sous le nom d'*introversion* de l'utérus.

L'introversion est *complète* ou *incomplète* : elle est complète, lorsque la totalité du corps et du col de l'utérus est passée au travers de l'orifice, et que sa face interne est devenue externe. L'effet de cet accident peut être comparé à une poche d'habit d'homme, dont l'intérieur se trouve entraîné avec le mouchoir que l'on en retire brusquement; la poche qui était cachée étant passée par l'ouverture, se trouve retournée et pendante à l'extérieur comme une petite besace. Ainsi, dans le cas d'introversion complète de l'utérus, sa face péritonéale est interne; son fond, qui se trouvait en haut, se trouve actuellement en bas; les replis du péritoine, la trompe, les ovaires, qui s'étendaient extérieurement sur le côté, ainsi qu'une portion de la vessie et du rectum, sont maintenant renfermés dans sa nouvelle cavité.

L'introversion est incomplète quand l'orifice a conservé sa situation naturelle dans le vagin, et que le fond de l'utérus est plus ou moins déprimé ou engagé dans l'orifice.

Cet accident peut arriver immédiatement après la délivrance, et avant que l'utérus ait eu le temps de se contracter.

Une tumeur développée à l'intérieur de l'utérus, et coexistante avec la grossesse, peut singulièrement préparer pour une introversion de l'utérus, lorsqu'elle vient se montrer à l'orifice immédiatement après la délivrance. Nous en avons rapporté deux cas fort curieux dans notre *Traité des maladies de l'utérus*. Depuis, nous avons observé un autre cas à la Maison Royale de Santé, chez une femme qui était accouchée de deux enfans.

Signes. Défaillances, nausées, syncopes, hémorrhagie externe abondante; lorsqu'on déprime les muscles abdominaux, absence de la tumeur ronde formée par le fond de l'utérus, ou dépression large et profonde, offrant au toucher la forme extérieure d'un fond de bouteille renversée, ou du pavillon d'un entonnoir.

Le premier signe indique l'introversion totale; le second l'introversion partielle de l'utérus.

Dans le cas d'introversion totale, le fond de l'utérus est hors de la vulve et présente une tumeur large, gorgée de sang, de la forme d'une poire aplatie, à laquelle le vagin sert de queue ou de pédicule.

Dans l'introversion partielle, il peut y avoir autant de degrés de dépression du fond de l'utérus, que l'on peut supposer de lignes circulaires autour de l'axe de l'organe, depuis son fond jusqu'à son col.

Causes de l'introversion : 1° L'excessive dimension du bassin; 2° les efforts trop prolongés de la femme au moment où l'enfant franchit la vulve; 3° l'attitude perpendiculaire de la femme pendant le dernier temps du travail, ou à une époque trop rapprochée de l'accouchement; 4° grossesse gemellaire; 5° la brièveté naturelle ou accidentelle du cordon ombilical; 6° la projection trop considérable de l'angle sacro-vertébral; 7° l'inertie de l'utérus; mais la plus fréquente de toutes, c'est la délivrance prématurée.

1re *Indication.* Eviter tout ce qui peut donner lieu à cet accident.

Lorsque le cordon est trop court accidentellement, il faut le détortiller s'il est possible, sinon le couper. S'opposer aux efforts que fait la femme lorsque la tête de l'enfant est sortie; attendre l'effet des contractions pour l'expulsion du tronc de l'enfant, au lieu de tirer sur les épaules.

Faire garder à la femme une situation horizontale, et ne point souffrir qu'elle soit debout ou assise dans les derniers temps du travail, non plus que dans les huit premiers jours qui suivent son accouchement, surtout lorsque les dimensions du bassin et l'état de l'utérus laissent des craintes pour cet accident.

Attendre, pour aider à la délivrance, que l'utérus soit bien contracté.

2e *Indication.* Réduire l'utérus dans sa situation naturelle.

Dans le cas d'introversion incomplète, porter la main dans l'utérus, en relever la portion rentrée, et en même temps, avec l'autre main, faire des frictions à l'extérieur, sur la région qui avait été déprimée, afin de déterminer la contraction régulière de l'organe.

Lorsque, dans l'introversion complète, l'utérus est encore chargé du placenta, l'en séparer avec précaution pour que ce viscère offre moins de volume, et que la réduction s'en fasse plus facilement.

Procédé opératoire pour la Réduction de l'Utérus.

L'observation que nous avons rapportée ailleurs suffirait seule pour faire sentir toutes les difficultés que présente la réduction de l'utérus, et même l'impossibilité d'y parvenir. Mais lorsqu'on est averti peu de temps après l'accident, l'orifice de l'utérus n'offre que peu de résistance. C'est

alors que l'on fait placer la femme dans une attitude horizontale, de manière que le bassin soit plus élevé que la poitrine.

On embrasse la tumeur des deux mains ; on pousse de devant en arrière pour faire rentrer la portion la plus voisine du col, et successivement toutes les autres régions de l'utérus jusqu'à son fond, que l'on fait repasser au travers de son orifice ; lorsque la tumeur est rentrée, on en repousse le fond avec l'extrémité des doigts, puis avec la main entière que l'on introduit dans sa cavité naturelle. On l'y maintient en tenant les doigts légèrement recourbés ; et de l'autre main, on fait des frictions à l'extérieur pour exciter la contraction de l'utérus, d'où dépend sa rétention.

La femme qui a éprouvé cet accident doit plus longtemps qu'une autre garder le lit, et s'y tenir dans une situation horizontale. On préviendra les efforts qu'elle pourrait faire pour aller à la garde-robe ou pour uriner, en ayant l'attention de faire donner des lavemens et d'évacuer l'urine avec la sonde.

Nous avons été témoins de deux cas de renversement de l'utérus, qui avaient eu pour cause la délivrance prématurée. Dans le premier cas, la femme a succombé quelques heures après la délivrance; dans l'autre, que nous n'avons vu que le sixième jour de l'accident, les tentatives de réduction de la part de MM. Dubois père et fils, et de la mienne, furent en pure perte. Cette femme avait cessé de voir du sang vingt-quatre heures après sa délivrance, et les règles ne reparurent plus. Cinq années plus tard, cette femme vint nous consulter pour avoir notre avis sur les moyens de provoquer le retour de ses menstrues dont elle était privée depuis son accident. Le corps de l'utérus, toujours renversé, était engagé dans l'orifice, faisait saillie dans le vagin, et présentait un volume naturel et une sur-

face lisse, rosée, parsemée de petites pointes rougeâtres.. Pour plus de détails, voyez notre *Traité pratique des maladies de l'utérus*, à l'article *Introversion*.

Du Prolapsus de l'Utérus.

On désigne sous le nom de *Prolapsus*, de *relâchement* ou de *descente* de l'utérus, l'abaissement de cet organe dans le vagin. Comme ce changement de situation peut être plus ou moins considérable, on a assigné plusieurs degrés de prolapsus. Il est *incomplet* quand l'utérus, plus bas que dans l'état naturel, reste caché dans le vagin; le prolapsus est *complet* quand cet organe est entièrement hors de la vulve. Nous désignerons ce dernier état sous le nom de *Procidence*, et nous conserverons aux différens degrés d'abaissement de la matrice le nom de *Prolapsus.*

Les femmes qui ont eu des enfans sont beaucoup plus sujettes à ces sortes de déplacemens de l'utérus que toutes autres. Cependant on les rencontre fréquemment chez celles qui n'ont point été mères: les femmes non mariées, et même les jeunes filles, n'en sont point exemptes.

Causes : Chez les femmes qui ont eu des enfans, les efforts violens dans les premiers stages de la parturition; l'accouchement trop prompt; les dimensions trop grandes du bassin, la rupture du périnée, l'élongation des cordons de l'utérus : la station, la marche, les exercices habituels trop promptement repris après l'accouchement

A toute autre époque de la vie, et chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, le prolapsus a pour causes: la faiblesse constitutionnelle; l'abus des bains généraux ou locaux; la constipation opiniâtre; les efforts prolongés pour aller à la garde-robe; les fleurs blanches abondantes; la danse, l'équitation; la charge de lourds fardeaux; une chute, des secousses violentes; la présence

de calculs dans la vessie ou de quelques tumeurs développées dans l'abdomen, dans les ovaires, dans les trompes, dans l'utérus lui-même, qui, par leur propre poids, refoulent l'organe de haut en bas, ou l'entraînent vers l'orifice externe du vagin; tels que des tubercules fibreux, un polype dans la cavité du corps ou du col de la matrice. Mais, dans tous les cas, il ne faut pas confondre le prolapsus avec l'abaissement naturel de l'utérus, qui se fait remarquer dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, où le col est plus alongé que dans l'état de vacuité.

Dans quelques cas particuliers d'affection de l'utérus, tels que l'hypertrophie du corps de l'organe, un simple engorgement de ses parois, la tuméfaction de son col, son orifice externe est alors beaucoup plus long que dans l'état naturel : il s'avance quelquefois jusqu'à l'orifice vulvo-vaginal, et, dans quelques cas même, le franchit de plusieurs lignes.

Signes du prolapsus: Douleurs dans les reins, dans les aines et vers les pubis, accompagnées de pesanteur sur le fondement. Ces diverses sensations cessent ordinairement quand la femme est couchée.

On reconnaît, par l'examen des parties, que l'orifice de l'utérus est appuyé sur le périnée; quelquefois il se trouve près, d'autres fois au bord de l'orifice externe du vagin, et semble tout disposé à franchir ce canal. En partie renversé, le vagin forme le plus souvent un bourrelet circulaire, rouge, rugueux au bas de la vulve; quelquefois cette tumeur formée par le vagin s'élève jusqu'au devant du méat urinaire qu'elle cache entièrement : quelquefois encore c'est le museau de tanche qui remonte au devant de la vulve, tandis que le fond de l'utérus est appuyé sur le périnée. Cet état de l'utérus amène à sa

suite des flueurs blanches, une menstruation plus abondante, le trouble des fonctions de l'estomac et des intestins; souvent aussi diverses affections nerveuses, dont les symptômes viennent se confondre avec ceux de l'hystérie, et enfin le prolapsus complet de l'organe.

Dans la *Procidence* (prolapsus complet), à la plupart des signes qui caractérisent le prolapsus viennent se joindre les ténesmes, la difficulté d'uriner, des douleurs dans la tumeur, plus ou moins volumineuse, qui se montre au bas de la vulve, formée par la projection totale de l'utérus et le renversement du vagin. Ce canal forme une espèce de fourreau ridé circulairement, dont l'extrémité libre, plus blanche, dure, arrondie, est terminée par l'orifice utéro-vaginal ou museau de tanche; tandis que le corps de l'utérus, une partie des trompes, des ovaires, une portion de la vessie, du rectum, et quelquefois une anse d'intestin grêle, se trouvent logés dans le vagin ainsi renversé.

Dans la procidence utérine, le canal de l'urètre affecte une direction contraire à celle qu'il a dans l'état naturel. Le cathétérisme ne peut se pratiquer qu'en présentant la concavité de l'instrument du côté de la vulve, et en en dirigeant la pointe de haut en bas pour suivre la direction accidentelle de ce canal.

Quand la procidence compte quelque temps d'existence, la membrane muqueuse du vagin se durcit, prend l'aspect, la consistance des tégumens des parties voisines, et bientôt cessent toutes les secrétions de sa surface.

Il est donc très-important, lorsqu'une femme se plaint de douleurs dans les reins, dans les aines, de pesanteurs sur le fondement, de difficulté pour aller à la garde-robe ou pour uriner, d'examiner les parties génitales pour en reconnaître la cause. Chez les filles vierges, qu'il ne faut examiner que par l'anus, on reconnaîtra à travers la paroi

recto-vaginale la situation du col de la matrice. On fera tenir debout la femme mariée, pour l'examiner du côté du vagin. Dans cette attitude qu'on lui fait prendre, on apprécie mieux le degré d'abaissement de l'utérus. La forme du museau de tanche, son volume, et surtout son orifice transverse, feront distinguer cette portion de l'utérus, d'un polype qui pourrait se rencontrer dans le vagin, ou qui en aurait franchi l'entrée.

Traitement.

On doit prendre en considération l'état général de la malade, et les circonstances particulières qui ont déterminé l'accident.

Nous avons indiqué, en différens endroits de cet ouvrage, les précautions à prendre pour prévenir le prolapsus de la matrice. Mais lorsqu'il a lieu peu de temps après la parturition, le seul moyen à employer alors est de replacer l'utérus dans sa situation naturelle. Cette opération consiste, la femme étant couchée, à saisir la tumeur entre l'extrémité des doigts, et à la refouler de bas en haut et de devant en arrière, dans l'arcade des pubis, avec l'attention de faire tenir en même temps le siége élevé, pour que le remplacement s'opère avec plus de facilité. C'est dans cette situation que la femme doit garder le lit. Afin de lui éviter toutes espèces d'efforts pour uriner ou pour aller à la garde-robe, il faudra, deux fois par jour, vider la vessie au moyen de la sonde; lui entretenir le ventre libre au moyen de quelques laxatifs (deux ou trois dragmes de sulfate de potasse dans un bouillon aux herbes); placer un bassin plat sous la malade pour recevoir les excrétions alvines, enfin lui interdire l'attitude verticale, soit debout ou assise.

La malade doit garder le lit pendant tout le temps nécessaire pour la réduction complète du volume de l'utérus,

qui se fait ordinairement en trente ou quarante jours. L'époque de l'accident, relativement à celle de l'accouchement, doit déterminer la durée du repos au lit. On fera plusieurs fois par jour des injections légèrement toniques dans le vagin. Lorsque l'écoulement des lochies aura entièrement cessé, on rendra les injections plus toniques, soit en faisant une infusion plus forte de camomille ou une décoction de rhatania, à laquelle on pourra ajouter un demi-gros de sulfate d'alumine par chopine de décoction. La malade ne devra quitter le lit qu'après qu'on lui aura appliqué un pessaire d'une dimension proportionnée à la dilatation de l'orifice externe du vagin. On soutiendra en même temps les parois de l'abdomen au moyen d'une ceinture élastique; et dans le cas où la rupture du périnée aurait été considérable, il faudrait soutenir cette partie avec un bandage en T.

Dans les cas ordinaires de prolapsus, à l'état naturel de l'utérus, on fera usage des injections recommandées plus haut; on pourra y joindre les bains de siége froids, puis l'application d'un pessaire que l'on aura l'attention de retirer de temps en temps pour le nettoyer. Quand, après avoir porté le pessaire pendant un certain temps, on éprouve plus de difficulté à le retirer ou à le replacer, c'est que le vagin, alors, est plus resserré, a repris plus de ressort; il faut changer le pessaire pour un autre d'une plus petite dimension. On continue les injections toniques jusqu'a ce que les parties aient acquis assez de fermeté pour se passer de pessaire.

Chez les filles vierges l'application d'un pessaire est impraticable; c'est un moyen que l'on ne doit même pas proposer; mais du côté de l'anus on peut introduire un certain nombre de petits morceaux d'éponge, ou une certaine quantité de petites pièces de linge roulées en forme de cylindres, attachées par le milieu au moyen d'un petit

cordonnet de coton, et disposées à un pouce de distance l'une de l'autre, à la manière de ces petits rouleaux de papier qui font la queue des *cerfs-volans*. On introduit ces petits rouleaux de linges ou d'éponges les uns après les autres, de manière à former un tampon derrière le col de l'utérus : c'est un moyen que nous avons employé avec succès en pareil cas. On peut encore appliquer dans le rectum une vessie préparée et insufflée après son introduction, comme nous le dirons en parlant des pessaires.

Dans la procidence (prolapsus complet) d'ancienne date, la surface du vagin et le museau de tanche augmentent de volume par la tuméfaction, s'excorient et quelquefois s'ulcèrent à une plus ou moins grande étendue ; cet état est accompagné d'inflammation, de douleurs dans les intestins. La diète, le repos absolu, les saignées, l'application de sangsues sur l'abdomen, sur les aines, sur le périnée, les bains de siége, les lotions émollientes et narcotiques, doivent être mis en usage jusqu'à ce que le volume des parties soit diminué au point que la réduction puisse s'en faire sans effort et sans danger. La réduction faite, on pousse des injections émollientes dans le vagin, et on les continue jusqu'à ce que l'on ait acquis la certitude que les parties ont été ramenées à l'état sain ; ce n'est qu'alors seulement que l'on doit penser à l'application d'un pessaire ; si sa présence causait la moindre douleur, il faudrait le retirer et en différer encore l'application; mais jusqu'alors, la malade garderait le repos au lit ou sur une chaise longue. Il faudrait aussi dans ce cas faire usage de saignées du bras, d'injections avec une décoction stupéfiante.

Lorsqu'une tumeur dans l'abdomen, soit squirrheuse ou hydatideuse, détermine la procidence de l'utérus, la réduction en est quelquefois impossible, et d'autres fois inutile, parce que l'organe est incessamment chassé par

le poids de la tumeur qui est venue occuper sa place : ce que nous avons vu en diverses circonstances, dans l'une desquelles l'utérus était très-gros et squirrheux. Les fomentations narcotiques, pour garantir les parties du contact de l'air et des excrétions alvines et urinaires, lorsque ces fonctions peuvent s'opérer naturellement; soutenir les parties au moyen d'un bandage en T : telles sont les faibles ressources que l'art peut offrir contre cette complication d'accidens.

Dans quelques cas particuliers, où des calculs de la vessie avaient occasionné la procidence de l'utérus, on a ouvert la paroi antérieure du vagin pour pénétrer dans la vessie, et cette opération fut suivie de succès.

On a également réussi dans l'ablation de la matrice au moyen de la ligature; mais il y a toujours à craindre dans ce cas l'étranglement d'une portion de la vessie ou d'un intestin, qui font ordinairement partie de la tumeur.

La ligature ou l'excision du polype, qui aurait occasionné la procidence ou le prolapsus de l'utérus, est le seul remède à employer ; mais après la chute du polype et la restitution de l'organe, si l'accident se renouvelait, on aurait recours aux injections toniques et au pessaire.

On a rencontré quelques cas de procidence de l'utérus à l'état de grossesse récente, chez des femmes dont le bassin était très-large, les parties molles très-laxes et très-dilatées. L'excessif développement de la vessie a donné lieu quelquefois à cet accident ; aussi le premier soin dans ce cas est de vider l'organe urinaire, et ensuite de tenter la réduction de l'utérus. La femme doit garder le lit jusqu'à ce que l'organe réduit ait acquis assez de volume pour ne plus laisser de crainte pour la récidive de l'accident. Si la réduction était impossible, il faudrait soutenir l'utérus avec un bandage en T. La malade serait forcée

de garder le lit jusqu'à l'époque de son accouchement, et encore long-temps après.

Le prolapsus, même la procidence de l'utérus à l'état sain, ne sont point un obstacle invincible à la coïtion, qui, lorsqu'elle est productive, devient le plus souvent le remède le plus efficace pour cette infirmité. Toutefois on doit surveiller avec soin les premières périodes de la grossesse, et s'opposer à toute espèce d'effort de la part de la femme pendant le travail de l'accouchement.

Des Pessaires.

Comme moyen mécanique pour remédier au prolapsus de l'utérus, les pessaires n'étaient point inconnus aux anciens. Ils désignaient sous le nom de *Pessos* des tampons de charpie, de filasse, enduits de certaines substances médicamenteuses, dont ils faisaient usage dans certains cas d'affections de la matrice ou du vagin.

Depuis *Hippocrate*, on a imaginé diverses sortes de pessaires très-différens les uns des autres, pour la forme et la matière dont ils sont composés. Les pessaires de liége, enduits de plusieurs couches de cire fondue, sont totalement abandonnés; mais les pessaires d'or, d'argent, d'ivoire, de buis, sont encore préférés par quelques-uns; les plus généralement employés sont ceux d'éponge, de caout-chouc ou gomme élastique; ces derniers, à cause de leur légèreté, de leur souplesse, méritent la préférence sur tous les autres. La forme de ces instrumens est encore extrêmement variée; il en est de circulaires, d'ovales, en bateau, en cuvette, en bondon, en bilboquet, en globe, en 8 de chiffre, etc. Ils diffèrent encore par leur volume : dans les pessaires ronds, il y en a depuis 18 *lignes* jusqu'à 3 *pouces et demi* de diamètre. Ces derniers ne sont employés que dans les cas de rupture complète du périnée, encore ont-ils besoin d'être soutenus par un bandage.

Le pessaire rond ou circulaire, dont le volume est proportionné à l'état des parties, n'est pas susceptible de se déranger comme celui de forme ovale, et n'a pas les inconvéniens des pessaires en bilboquet, dont la tige irrite, excorie les lèvres de la vulve.

Nous nous proposions de faire fabriquer un caoutchouc réduit au plus petit degré de minceur possible pour en faire l'application au *pneumo-pessaire* d'Aitken. Ce pessaire consiste en une petite vessie de mouton préparée. Le col de cette poche membraneuse surmonté d'un anneau à soupape solidement assujéti était rempli d'air après son introduction dans le vagin. L'instrument pouvait être insufflé par la malade elle-même, au moyen d'un long tube élastique qui s'adaptait à l'anneau à soupape et s'en retirait à volonté. Pour vider l'instrument de l'air qu'il contenait il suffisait avec l'extrémité du doigt de repousser la soupape.

Ce pessaire pourrait être appliqué avec le plus grand avantage dans les cas de rétroversion et dans ceux de retroflexion de l'utérus introduit dans le réctum.

Lorsqu'on se propose de faire l'application d'un pessaire circulaire de gomme élastique, qu'on s'est assuré d'avance de l'état des parties, pour déterminer le volume de cet instrument, il est bon de le tenir plongé pendant quelques minutes dans l'eau chaude pour en amollir la substance : on l'enduit ensuite d'un corps gras quelconque, pour en rendre l'introduction plus facile. On fait placer la femme sur le bord d'un lit, de manière que le siége soit plus élevé que la poitrine, et que les cuisses soient éloignées l'une de l'autre. Après avoir écarté les grandes lèvres de la vulve, on présente le contour du pessaire à l'entrée du vagin, dans le sens du diamètre oblique du détroit périnéal. L'extrémité de l'index passée dans l'ouverture du pessaire, lui servant d'axe, on appuie, avec le pouce de la même main,

sur le contour opposé à celui que l'on présente à l'entrée du vagin : on pousse ainsi le pessaire de haut en bas, en lui faisant exécuter un mouvement de rotation dans ce sens ; on continue ce mouvement combiné d'impulsion et de rotation, jusqu'à ce que le pessaire ait tout-à-fait franchi l'orifice vagino-vulvaire. Lorsque le pessaire est introduit, on l'accroche par son ouverture avec l'extrémité du doigt, et on le place en travers de l'orifice, en lui imp imant la direction des branches ischio-pubiennes : on le pousse d'arrière en avant, et de bas en haut, de manière que le museau de tanche se trouve derrière, et vis-à-vis de l'ouverture du pessaire. Lorsque le pessaire est ainsi placé, on pousse dans le vagin une injection de décoction astringente ou d'eau froide avec un peu de vinaigre, pour déterminer les parties à se resserrer sur l'instrument et le maintenir dans sa situation. On fait lever la femme, on l'engage à faire quelques tours dans sa chambre ; on l'examine pendant qu'elle est debout, pour s'assurer si le pessaire est bien placé, ou s'il ne s'est pas dérangé.

CHAPITRE V.

Des changemens qui s'opèrent après l'Accouchement et la Délivrance.

Toutes les parties de la femme qui ont servi à la grossesse et à l'accouchement, tendent à reprendre, après cette fonction pénible et douloureuse, leur situation, leur forme, leur énergie première; les fluides tendent également à reprendre leur propriété, leurs proportions primitives.

Ainsi, après la délivrance, quelques signes extérieurs annoncent les changemens qui vont s'opérer ; la face, qui était rouge, animée pendant les derniers temps du tra-

vail, devient plus pâle; le pouls, de dur, précipité qu'il était, a repris plus de souplesse, de développement; assez souvent la femme éprouve de légers frissons ou un tremblement universel, auquel succède une chaleur douce et humide; l'épiploon, les intestins qui avaient été refoulés vers les régions supérieures de l'abdomen, redescendent occuper leur place naturelle dans cette cavité; les grands replis du péritoine, entraînés avec le fond de l'utérus, vont être rendus à leur premier état de laxité; les vaisseaux de l'abdomen, ceux qui passent sur différens points de la cavité du bassin, ont cessé d'être comprimés; le sang, en reprenant son cours, va se distribuer plus également, et faire disparaître ces tumeurs hémorroïdales, lymphatiques ou variqueuses qui incommodent certaines femmes pendant la grossesse; l'utérus, les muscles de l'abdomen, le vagin, la vulve, dont les fibres ont été amollies, allongées, distendues ou écartées pendant la grossesse, vont reprendre, ainsi que les ligamens des symphyses du bassin, leur dimension et leur tonicité première. La surabondance des fluides qui, précédemment s'était dirigée vers l'utérus et les parties adjacentes, va se trouver expulsée au dehors par les excrétions cutanées et utérines, et une partie, appelée vers les mamelles destinées à sécréter le lait, ira servir de seconde nourriture à l'enfant. Une fois la communication extérieure établie entre la mère et son nouveau-né, les fluides qui auparavant avaient servi à leur communication intérieure, vont cesser de se porter vers l'utérus où ils ne sont plus utiles; la stimulation excitée, entretenue vers les mamelles par la sécrétion du lait et par la succion de l'enfant, s'opposera même au retour du sang vers l'utérus. Ainsi, non seulement les vaisseaux de cet organe, après s'être dégorgés, vont reprendre leur flexuosité et leurs dimensions premières, mais bientôt leurs orifices, tout-à-fait resserrés,

ne laisseront plus échapper qu'un fluide séreux pendant tout le temps que durera l'allaitement. Mais ordinairement trente ou quarante jours suffisent pour rétablir l'ordre dans toutes les parties, et les rendre à peu près à leur premier état.

Des soins à donner à la femme après l'Accouchement et la Délivrance.

Nous avons eu encore occasion de remarquer à l'hospice de la Maternité que l'accouchement, de quelque genre qu'il ait été, lorsqu'il s'est opéré par les voies naturelles, n'influait presque en rien sur la nature des couches. Nous avons vu un grand nombre de femmes qui étaient accouchées naturellement et très-promptement, être frappées de maladies fort graves et même mortelles, tandis que d'autres, qui étaient accouchées, soit au moyen de la version de l'enfant par les pieds, soit par l'application du forceps, même celles qui n'avaient pu accoucher qu'après la perforation du crâne de leur enfant, n'avaient pas ressenti le plus léger symptôme de maladie.

Ainsi, les soins à donner à la femme sont moins relatifs au genre d'accouchement qu'elle a eu qu'à la disposition où elle était avant et pendant le travail, et à la nature des symptômes qui se font remarquer pendant sa couche; à moins que quelque accident grave ait donné lieu à l'accouchement artificiel; telles qu'une hémorrhagie, des convulsions, etc., ou qu'elle fût affectée de maladie aiguë ou chronique.

L'état de l'utérus est donc ce qui doit particulièrement fixer notre attention. Lorsque, après l'avoir examiné, on le trouve contracté, revenu sur lui-même, lorsque l'orifice n'est point fermé par quelques caillots qui pourraient entretenir une hémorrhagie interne, on laisse la malade encore quelque temps sur le lit où elle est accouchée,

pour donner aux vaisseaux de l'utérus le temps de se dégorger.

On nettoie les parties génitales avec une éponge fine ou un linge doux trempé dans l'eau tiède ou dans une décoction de guimauve; on substitue du linge propre à celui qui a servi pendant le travail; on fait une espèce de large ceinture avec une serviette pliée en deux sur sa longueur, et que l'on passe sous les reins de l'accouchée; une autre serviette douce et légère, pliée en pointe de fichu, sert à faire une large compresse que l'on place sur la région de l'utérus; on l'y maintient avec les deux chefs de la ceinture que l'on fixe avec plusieurs épingles; ce bandage sert à maintenir les muscles de l'abdomen, à les aider à comprimer mollement l'utérus et les autres viscères abdominaux.

On change la femme de chemise; on lui couvre les seins avec un fichu de coton ou de mousseline, plié en plusieurs doubles; on la coiffe; on la vêtit, plus ou moins chaudement, selon ses habitudes et la saison.

On la transporte ensuite dans le lit que l'on a préparé d'avance pour le temps des couches, et que l'on aura eu soin de bassiner dans les temps froids. Lorsque la femme est couchée, on place un linge doux sur la vulve pour recevoir les lochies, dont on favorise l'écoulement en faisant tenir la femme dans une situation déclive, soit qu'elle se couche sur le dos ou sur l'un des côtés.

Le nombre des couvertures doit être proportionné à l'état des forces de la femme, au degré de froid ou de chaud qui règne dans sa chambre.

Il faut avoir soin de faire renouveler souvent les linges qui servent aux gésines, et de se les faire représenter afin de pouvoir apprécier la quantité et la nature des lochies.

L'*air* doit être pur dans la chambre de la femme en couche; on veillera donc à ce qu'il ne soit point chargé

d'odeurs d'aucune espèce, à ce que personne n'entre près d'elle avec des fleurs ou avec des poudres, des eaux parfumées.

Nous avons vu plusieurs fois des femmes tomber en syncope, être prises d'une hémorrhagie foudroyante par la présence de personnes qui portaient sur elles des parfums. On doit encore faire renouveler l'air, même dans les beaux jours d'hiver.

Le *repos* est le principal remède aux souffrances et aux fatigues que la femme a éprouvées pendant le travail de l'accouchement; on doit donc recommander aux personnes qui l'entourent d'éviter avec soin tout ce qui pourrait l'agiter de corps ou d'esprit; d'éloigner d'elle tout objet de contrariété, de peine, de trouble et d'inquiétude, et de faire cesser, autant que possible, toutes les causes qui pourraient empêcher ou troubler son sommeil.

Le régime alimentaire doit être, par sa nature et sa quantité, relatif à l'état des forces de l'accouchée, à ses habitudes, à son âge, à son tempérament et à l'époque de sa couche.

La première nourriture, aussitôt ou quelques heures après l'accouchement, doit se borner à une tasse de bon bouillon, ou à quelques cuillerées de vin vieux mouillé d'eau.

Pendant les deux premiers jours de la couche, pour la femme en bonne santé, plusieurs bouillons chaque jour, un ou deux potages. Chez les femmes qui ont l'habitude de manger beaucoup, on peut tolérer quelques tartines de pain et de confitures ou de fruits cuits; mais en général on doit être très-réservé sur les permissions que l'on accorde, à cause de l'abus que l'on en fait. Les organes digestifs, encore dans la stupeur, ne remplissent leurs fonctions que très-imparfaitement

En général, le troisième jour de la couche, on fera bien

de tenir l'accouchée au bouillon seulement. Si elle nourrit son enfant, et si la sécrétion du lait n'est pas très-abondante, on pourra permettre un ou deux potages.

Le quatrième ou cinquième jour, la nourriture pourra être plus substantielle et en plus grande quantité. Du poisson d'eau douce; de la viande bouillie ou rôtie; des légumes verts cuits; des œufs frais; des fruits mûrs de la saison; tels sont les alimens qui conviennent à la femme à cette époque de la couche.

Les boissons devraient toujours être simples comme dans l'état de santé, surtout lorsque la femme nourrice n'éprouve aucune espèce d'indisposition; mais comme en général la plupart des accouchées se croient à l'abri de tout danger par l'usage d'une tisane, souvent la plus insignifiante, on prescrira une décoction de chiendent avec la réglisse infusée. Si la femme est nerveuse, une infusion de fleurs de tilleul et feuilles d'oranger, édulcorée avec la réglisse, ou avec le sirop de capillaire ou de guimauve. Lorsqu'elle est incommodée de vents, on pourra lui faire prendre quelques tasses d'infusion de fleurs de camomille. Ces boissons doivent être prises légèrement tièdes, et en petite quantité à la fois; de l'eau sucrée ou de l'eau rougie est la boisson qui convient à ses repas.

Les sécrétions et *les excrétions* exigent la plus grande attention, ainsi que l'état du pouls, qui doit être grand, souple et régulier; la peau, modérément chaude, douce et humide.

L'écoulement des lochies, pendant les deux ou trois premiers jours, est sanguin; la quantité est moindre en raison du sang qui a été perdu avant ou immédiatement après la délivrance; elle varie encore selon le tempérament et les forces de l'accouchée.

Du deuxième au troisième jour, les lochies prennent une teinte roussâtre; le pouls devient plus fort, plus fré-

quent ; la face de l'accouchée s'anime. Elle se plaint de douleurs de tête au-dessus de l'orbite ; elle ressent des picotemens dans les mamelles qui se tuméfient, se gonflent et se durcissent. La sécrétion du lait se fait ; quelquefois, mais rarement, elle s'opère avant ou après le troisième jour de la couche.

Du troisième au quatrième jour, les lochies prennent une teinte verdâtre ; elles sont d'une odeur forte ou semi-putride, à cause de la fonte des lambeaux de l'épikorion ; le pouls est redevenu plus souple, ses battemens sont ralentis ; la peau est humectée par des sueurs plus ou moins abondantes.

Du quatrième au cinquième jour, les lochies sont puriformes ou laiteuses, c'est-à-dire, semblables à du pus ou à du lait.

On doit également, dès les premiers jours, porter son attention vers les autres excrétions, favoriser les selles au moyen de lavemens, faciliter l'excrétion de l'urine.

Si les parties génitales ont été excoriées ou lacérées, y faire plusieurs fois le jour des lotions avec une décoction de racine de guimauve et de fleurs de sureau.

Lorsque l'on administre quelques-uns de ces soins, éviter d'exposer la femme à l'impression de l'air.

Des Tranchées utérines.

Les femmes primipares en sont généralement moins tourmentées que celles qui ont eu déjà des enfans. Les tranchées sont moins fortes et de moins longue durée, après un travail régulier, qu'à la suite d'un accouchement trop prompt ; dans ce dernier cas, l'utérus reste imparfaitement contracté.

Causes : 1° La présence du sang coagulé dans les orifices des gros vaisseaux, occasionnée par les contractions brusques de l'utérus après l'expulsion de l'enfant et du

placenta ; 2° dilatation de l'orifice interne pour livrer passage au sang coagulé qui s'y présente.

Les tranchées s'annoncent plus tôt ou plus tard ; mais toujours dans les premières vingt-quatre heures après l'accouchement, et continuent pendant deux ou trois jours.

Les tranchées sont de même nature et ont le même siége que les douleurs de l'enfantement ; elles se font sentir à des intervalles plus ou moins rapprochés, et sont fortes en proportion du volume du caillot qui se présente à l'orifice interne pour le franchir.

Ces sortes de douleurs étant l'effet de la contraction de l'utérus, qui est nécessaire pour le dégorgement de ses vaisseaux, et pour l'expulsion du sang coagulé qui s'amasse dans sa cavité, il serait très-dangereux de les faire cesser ; il faut, au contraire, les augmenter en excitant la contraction de l'organe par des frictions avec les mains, ou avec des linges chauds, sur la région hypogastrique. On aide à l'expulsion des caillots en les retirant avec les doigts.

Quelquefois les tranchées se confondent avec des coliques intestinales occasionnées par la constipation ou la présence de l'air dans les intestins, et d'autres fois encore par la rétention de l'urine dans la vessie.

Les lavemens émolliens, une légère infusion de camomille, sont convenables pour apaiser les coliques.

Si la distension de la vessie était la cause des douleurs abdominales, il faudrait la vider avec la sonde.

Mais, en général, lorsque tout s'est bien passé jusqu'au cinquième jour, les lochies deviennent séreuses et diminuent de quantité chez l'accouchée nourrice ; vers le dixième ou quinzième jour, elle est en état de reprendre sa manière ordinaire de vivre, c'est-à-dire de se nourrir.

Chez la femme qui ne nourrit pas, au contraire, dès le

troisième jour la tuméfaction des mamelles est beaucoup plus considérable ; la douleur de tête est plus violente ; le pouls plus fort, plus fréquent. Le quatrième jour, les sueurs sont plus abondantes et d'une odeur aigre ; les lochies sanguines ordinairement reparaissent ; elles conservent plus long-temps une couleur roussâtre ; la moindre agitation de corps ou d'esprit peut donner lieu à une hémorrhagie plus ou moins considérable ; mais toujours la durée de l'écoulement des lochies se prolonge bien au-delà chez elle que chez la femme nourrice ; les mamelles ne s'affaissent que lentement. Plus exposée, en contrariant la nature, à une foule de maladies, la femme non nourrice exige les plus grands soins et les plus grands ménagemens.

On place sur les seins une ouate de coton neuf, recouverte d'un morceau de taffetas gommé, pour entretenir la chaleur de ces parties, et les garantir de l'impression de l'air extérieur.

En général, les boissons doivent être légères et peu abondantes. *Rowley*, dans son traité des maladies des mamelles, considère les boissons copieuses comme beaucoup plus propres à augmenter la sécrétion du lait qu'à la diminuer.

Si la nature annonce l'intention de se débarrasser par la peau de cette surabondance de fluide dont les mamelles sont gorgées, on favorisera l'excrétion de la sueur par une légère infusion de bourrache édulcorée avec le sirop de guimauve ou de capillaire.

Quoique les purgatifs ne soient pas d'une nécessité indispensable, à moins qu'il n'y ait quelque indication particulière, on pourra prescrire des bouillons de plantes chicoracées avec un ou deux gros de sulfate de magnésie (sel d'Epsom), vers le septième ou huitième jour de la couche.

L'observation des phénomènes qui se font remarquer pendant la durée des couches naturelles, fera reconnaître aisément les symptômes de maladie qui pourraient se manifester. Ainsi, lorsque quelques heures, ou plus tard, après l'accouchement, la femme éprouve du frisson, une douleur fixe au-dessus des deux sourcils; lorsqu'elle a des nausées, des vomissemens, que la langue est blanche ou jaunâtre, que les lochies se suppriment, ou qu'elles viennent en moins grande quantité que ne le comportent le tempérament de l'accouchée et l'époque de la couche; lorsqu'elle se plaint de douleur fixe dans un des points de l'abdomen, particulièrement dans les régions lombaires ou dans celle de l'utérus; lorsque l'époque de la sécrétion du lait est arrivée, et que les mamelles, au lieu d'être développées, distendues, sont molles, affaissées; si le pouls est développé, ou petit et fréquent; si la peau est sèche, brûlante, la femme est menacée d'une maladie grave qui exige les soins d'un médecin habile et éclairé.

CHAPITRE VI.

Des premiers Soins à donner à l'Enfant nouveau-né.

Aussitôt que l'enfant est sorti de l'utérus, il faut avoir l'attention de le placer sur le côté, le dos tourné vers la vulve de la mère, afin que les fluides qui s'en échappent ne pénètrent point dans la bouche de l'enfant. Lorsqu'il crie ou qu'il respire librement, on fait la ligature du cordon ombilical, à un pouce environ de l'ombilic, on le sépare avec des ciseaux, à une égale distance de la ligature, du côté du placenta.

Avant de serrer la ligature, on fera attention s'il n'existe pas une hernie ombilicale (1): il faudrait alors placer la

(1) Deux enfans apportés à l'hospice plusieurs jours après leur

ligature au-dessus de la tumeur formée par la partie qui serait invaginée dans le cordon. Lorsque le cordon est infiltré, on en facilite le dégorgement par de petites scarifications : on y applique deux ligatures, au lieu d'une, afin de comprimer plus fortement les vaisseaux ombilicaux, et par là prévenir l'hémorrhagie.

On procède ensuite au lavage de l'enfant et à son habillement.

Avec un peu d'huile d'olives ou de beurre frais étendu sur un linge doux et fin, on enlève cette substance blanche, onctueuse, qui souvent recouvre toute la surface du corps de l'enfant, et se trouve plus abondamment dans les replis de la peau. On le lave ensuite, soit avec une éponge, soit avec un linge trempé dans de l'eau tiède ou de savon à laquelle on aura ajouté un peu de vin ou d'eau-de-vie ; on l'essuiera avec des linges chauds, secs et doux, et particulièrement la tête, si elle est couverte de cheveux.

Pendant que l'on nettoie l'enfant, on examine s'il n'apporte pas quelques vices de conformation, dont l'existence est incompatible avec la vie ; tels que l'imperforation du rectum ou de l'urètre.

On examinera aussi avec attention les parties sexuelles. Nous avons eu occasion de voir deux enfans mâles qui, d'après leur conformation extérieure, avaient été déclarés à l'état civil comme enfans femelles (1).

---

naissance, sont morts d'une hernie étranglée par l'effet de la ligature du cordon. Chez l'un, une portion d'intestin s'était engagée par l'anneau ombilical ; chez l'autre, c'était une portion du petit lobe du foie.

(1) Le scrotum était divisé dans toute l'étendue de sa ligne médiane ; chacun des bords était adhérent à la crête extérieure des branches sous-pubiennes ; de sorte que le scrotum formait deux replis longitudinaux et parallèles qui se terminaient en bas par une espèce de frein ou fourchette, et en haut par un repli ou bride qui

On procède ensuite à l'habillement de l'enfant. On commence par couvrir la tête avec un béguin de toile, et un ou deux bonnets d'étoffe plus ou moins chaude, selon la saison.

La chemise et la brassière se mettent ensemble; ce vêtement doit avoir assez d'ampleur pour y passer les bras de l'enfant avec facilité, et pour que la poitrine ne soit point gênée.

On s'occupe ensuite de l'ombilic: on prend un linge doux, plié en quatre, que l'on enduit d'un peu de beurre frais; on coupe cette compresse sur sa longueur jusqu'au milieu; on la place au-dessus de l'ombilic, de manière que le cordon se trouve entre les deux chefs que l'on relève pour en envelopper le cordon; on y ajoute une autre compresse pliée en quatre; on maintient le tout au moyen d'un petit bandage que l'on assujétit avec des épingles, et beaucoup mieux avec de petits rubans cousus à la ceinture.

Les langes dont on enveloppe l'enfant doivent être chauds et légers.

On place les langes de manière que les bords supérieurs passent sous les aisselles de l'enfant, et que les bords latéraux viennent croiser sur sa poitrine; une seule épingle suffit pour tenir les langes fixes de ce côté: on en relève les extrémités inférieures au devant de la poitrine; on ouvre ce repli pour l'étendre sur les côtés jusque sur l'endroit où répondent les fesses de l'enfant; on fixe les bords du lange avec une épingle.

---

embrassait la base de la partie génitale. Chacun des replis latéraux renfermait un des organes génitaux de l'enfant. Chez l'un, on remarquait inférieurement une petite ouverture profonde d'où s'échappait l'urine : la voie ordinaire étant imperforée; chez l'autre enfant, l'excrétion de l'urine se faisait par l'urètre.

On couvre le cou et la poitrine avec un fichu.

Avec une serviette garnie d'un lange ou d'une étoffe légère, on fait une espèce de capuchon qui embrasse et soutient le derrière de la tête de l'enfant, et qui vient s'attacher au devant du maillot. On rapproche ensuite les deux bords de côté, que l'on croise encore en dedans pour tenir les bras et la poitrine chaudement.

Mais il faut bien se garder de serrer l'enfant dans son maillot; on ne doit le vêtir que pour le garantir du froid; car plus ses mouvemens seront libres, plus il conservera de chaleur, et mieux aussi se feront toutes ses fonctions.

Lorsque l'enfant doit être allaité par sa mère, on le lui présente deux ou trois heures après son accouchement, pour qu'elle essaie de lui donner à téter; la chaleur de la bouche du nouveau-né et la succion déterminent plus promptement la sécrétion du lait. Le premier fluide qui sort de la mamelle est un laxatif préparé par la nature, beaucoup plus salutaire à l'enfant que ces potions huileuses et purgatives qu'on lui administre pour lui faire rendre son méconium, et dont les gardes, les nourrices et quelquefois les mères font un abus si dangereux. En mettant de bonne heure l'enfant à la mamelle, on prévient l'érosion, les crevasses du mamelon, la tuméfaction, l'inflammation et la suppuration de ces parties; accidens qui le plus souvent sont la conséquence du délai que l'on a mis à faire téter l'enfant.

Dans le cas où l'enfant éprouverait de la difficulté à prendre le mamelon, il faut examiner si le prolongement du frein de la langue ne serait point un obstacle à la succion; mais le plus souvent cette difficulté ne vient que de la gêne qu'il éprouve dans son maillot; lorsque sa poitrine est serrée, il respire difficilement, il ne peut point téter; il faut donc le démaillotter et le présenter ensuite à la mamelle.

Des soins à donner à l'Enfant qui naît dans un état maladif.

Le fœtus, dans le sein de sa mère, est sujet à un grand nombre de maladies dont il apporte quelquefois des traces en naissant ; de là ces exemples de vices de conformation par défauts, par excès, ou par déplacement de parties ; ces tumeurs contre nature, ces ruptures, ces luxations des os, quoique l'accouchement ait été naturel et prompt ; ces occlusions ou imperforations de certaines ouvertures naturelles, et tant d'autres genres d'affections que nous avons eu occasion de remarquer sur les enfans nouveaux-nés, pendant les onze années que nous avons été attachée à l'hospice de la Maternité. Mais nous nous bornerons à rappeler ici, en peu de mots, les maladies de l'enfant occasionnées par le travail de l'accouchement, et les premiers secours que réclame chacun de ces cas.

De l'Asphyxie ou Syncope des nouveaux-nés.

L'enfant qui naît dans un état de stupeur ou de mort apparente exige les secours les plus prompts.

Signes de la syncope. L'enfant est décoloré ; ses membres sont flasques, sans mouvemens ; sa respiration est faible ou tout-à-fait nulle ; les battemens du cœur se font sentir à peine, ou ils sont insensibles aux doigts qui les recherchent.

Causes. Travail trop prompt, faiblesse naturelle de l'enfant.

Que faire dans ce cas ? le temps presse ; faut-il se hâter de couper le cordon ombilical, ou attendre qu'il vienne du sang de la mère, en supposant qu'il revienne du sang de la mère, pour ranimer le fœtus ?

Si les artères battent encore, disent les uns, le sang du

fœtus, déjà en trop petite quantité, achève de se perdre pour lui; et rien de moins certain que cette perte puisse se réparer par le sang de la mère, surtout si ce placenta est décollé, ou si l'utérus est contracté : *il faut faire la ligature du cordon, et le couper.*

Si, dans le cas d'asphyxie, on coupe le cordon, disent d'autres écrivains, l'enfant est sacrifié, parce que, dans l'état de faiblesse où il est, il ne peut être lui-même l'agent de sa circulation; il faut employer tous les moyens de le ranimer, *mais sans couper le cordon.*

Ne pourrait-on pas employer un moyen qui concilierait les deux sentimens opposés?

En appliquant une ligature sur l'une ou sur les deux artères ombilicales, on s'opposerait au retour du sang du fœtus; il n'en perdrait plus ou il en perdrait moins; et si, par la veine que l'on a conservée intacte, il arrivait encore assez de sang pour exciter l'action du cœur, on aurait obtenu le résultat désiré. Selon nous, le sang n'arrive au fœtus qu'autant que celui-ci est assez actif pour l'attirer jusqu'à lui par les ramifications des vaisseaux de son cordon; il puise dans cette source et il y renvoie son superflu.

Cependant on est généralement d'accord sur les autres moyens de ranimer l'enfant; ainsi, soit qu'on le tienne entre les jambes de la mère, soit qu'on l'éloigne d'elle après avoir lié et coupé le cordon, il faut d'abord veiller à l'état de la bouche; abaisser la langue qui se trouve quelquefois accollée au palais; avec la barbe d'une plume débarrasser la bouche des mucosités qui pourraient s'y être introduites; appliquer sur la région du cœur une flanelle ou un linge trempé dans du vin chaud ou dans un mélange d'eau fortement animée d'eau-de-vie; plonger l'enfant dans une cuvette remplie d'une des liqueurs chaudes que nous venons de mentionner, ou dans de l'eau

chaude simple, si l'on ne pouvait se procurer autre chose; frictionner l'enfant sur toutes les régions de son corps, particulièrement sur la région du cœur; insuffler de l'air dans les poumons, au moyen d'un tube laryngien (1), soit avec la bouche, soit avec un petit soufflet que l'ón pourrait y adapter momentanément. Pendant cette opération, il faut tenir un peu élevées la tête et la poitrine de l'enfant, et imiter l'action de la respiration, en comprimant mollement la poitrine pour en faire sortir l'air qu'on y a fait pénétrer; injecter les poumons avec de l'air nouveau; le faire sortir encore, et continuer ainsi, alternativement et de suite, aussi long-temps que l'on peut conserver l'espoir de sauver l'enfant.

Nous avons vu, après une heure et plus de soins soutenus, des enfans se ranimer au point de pouvoir être allaités par leur mère, et acquérir par la suite assez de vigueur pour ne point laisser la moindre crainte sur la durée de leur existence.

Apoplexie des nouveaux-nés.

L'enfant est né dans un état apoplectique lorsque la face est d'un rouge brun, ainsi que toute la surface du corps, lorsqu'il est sans mouvement, sans respiration.

Il faut passer la ligature sur le cordon *sans la serrer*; couper le cordon, laisser couler une ou deux cuillerées de sang, et serrer ensuite la ligature. Si cette saignée ne

---

(1) Il a la forme à peu près d'une sonde; l'extrémité, plus recourbée, s'introduit à l'entrée du larynx, comme son nom l'indique. Cet instrument, de l'invention du professeur *Chaussier*, a rappelé à la vie un grand nombre d'enfans; il est entre les mains de toutes les élèves sages-femmes de l'hospice de la Maternité. La pompe laryngienne de madame Rondet, destinée au même usage, est la copie exacte de la sonde d'Aitken, dont la figure se trouve dans l'ouvrage publié il y a 52 ans (1786), pl. M, fig. 5.

suffisait pas pour dégorger les vaisseaux du cerveau et des poumons, il faudrait avoir recours à tous les autres moyens indiqués dans le cas de syncopes; puis relâcher la ligature pour laisser encore couler du sang par le cordon; enfin, on insisterait sur les moyens d'exciter la respiration.

Des Contusions.

La contusion est occasionnée par la compression qu'exerce sur la tête un bassin mal conformé, ou par la pression des instrumens.

Indications. Lotions détersives ou toniques; —cataplasme; —sangsues.

Des Ecchymoses.

L'ecchymose est une altération dans la couleur des tégumens avec ou sans tuméfaction.

Cause. La longueur du travail de l'accouchement, engorgement des vaisseaux de la partie soumise à la compression, telle qu'une portion des tégumens du crâne, de la face, des fesses, de l'un des bras, d'un ou des deux pieds, lorsque la partie est restée engagée dans l'orifice de l'utérus, long-temps après la rupture des membranes.

Indication. Lotion sur la partie ecchymosée avec du vin, de l'eau-de-vie, de l'eau végéto-minérale; décoction de plantes aromatiques, de l'eau salée.

Des Luxations.

La luxation est le déplacement ou la sortie d'un os hors de sa cavité.

Causes. Efforts violens pendant l'extraction de l'enfant par les pieds.

Indication. La réduction du membre luxé et sa rétention.

La luxation des vertèbres est mortelle.

Fractures.

La rupture des os du crâne est occasionnée : 1° Par la violence des contractions utérines, pour faire pénétrer la tête dans un bassin trop resserré; 2° par la compression trop forte avec le forceps. Nous avons rapporté un cas de cette première espèce de rupture auquel l'enfant a survécu.

La fracture des membres est occasionnée par la mauvaise situation de l'enfant, ou par les efforts violens que l'on exerce, soit pour dégager un de ses membres, soit en faisant l'extraction par les pieds.

Indication. La réduction de la fracture; — contention.

De l'Hémorrhagie ombilicale.

Cette hémorrhagie peut avoir lieu immédiatement, quelquefois plusieurs heures et même plusieurs jours après la naissance de l'enfant.

Causes. 1° La rupture du cordon près de l'anneau ombilical; 2° l'infiltration du cordon; 3° la faiblesse naturelle de l'enfant.

Dans le premier cas, si la femme en travail est debout ou assise; qu'elle accouche spontanément et que le cordon soit court, il peut se rompre près de l'anneau ombilical.

Indication. Le premier soin que l'on doit avoir est d'appliquer le pouce d'une main sur les vaisseaux qui fournissent le sang, tandis que l'on emploiera l'autre main à exciter la respiration si elle n'avait pas lieu. Tant que les poumons ne seront pas mis en action, les artères iliaques fourniront du sang, et l'enfant sera en danger de

périr; c'est assez dire combien il faut insister sur les moyens de rappeler la respiration.

Lorsqu'elle sera établie et que l'enfant sera ranimé, appliquer un morceau d'agaric ou d'amadou sur l'ombilic. Un enfant fut apporté à l'hospice de la Maternité avec une hémorrhagie ombilicale : le cordon paraissait avoir été arraché à sa racine. L'enfant faible, respirant à peine, perdait encore beaucoup de sang. Nous appliquâmes sur la petite plaie une certaine quantité de *magnésie pure*. Cet absorbant, recouvert de plusieurs compresses graduées et contenues avec un bandage, arrêta complétement l'hémorrhagie.

Lorsque l'hémorrhagie est occasionnée par l'infiltration du cordon, on doit en resserrer la ligature, et l'examiner souvent.

Dans tous ces cas l'enfant ne doit point être emmaillоté; on doit se contenter de le garantir du froid.

De l'Inflammation de l'ombilic.

Après la section et la ligature du cordon, la portion fœtale se dessèche et tombe ordinairement d'elle-même du quatrième au huitième jour après la naissance. Quelquefois ce sont les bords de l'anneau ombilical qui s'ulcèrent; d'autres fois ce sont les tégumens de l'abdomen qui se trouvent excoriés, ulcérés par la compression qu'exerce le bandage trop serré sur le cordon qui s'est racorni en se desséchant.

Nous avons vu des enfans de huit à quinze jours apportés à l'hospice avec des ulcérations profondes qui se sont terminées par la gangrène et la mort.

On préviendra des accidens aussi graves, en veillant avec attention à l'état du cordon, en le changeant de linge deux fois par jour, en humectant ceux que l'on ôte avec de l'eau de guimauve, pour pouvoir les enlever facilement

12 ou 1 sur 150. Hémorrhagie après l'accouchement........................
2 ou 1 sur 900. Convulsions pendant le travail........................
7 ou 1 sur 300. Le placenta était adhérent........................

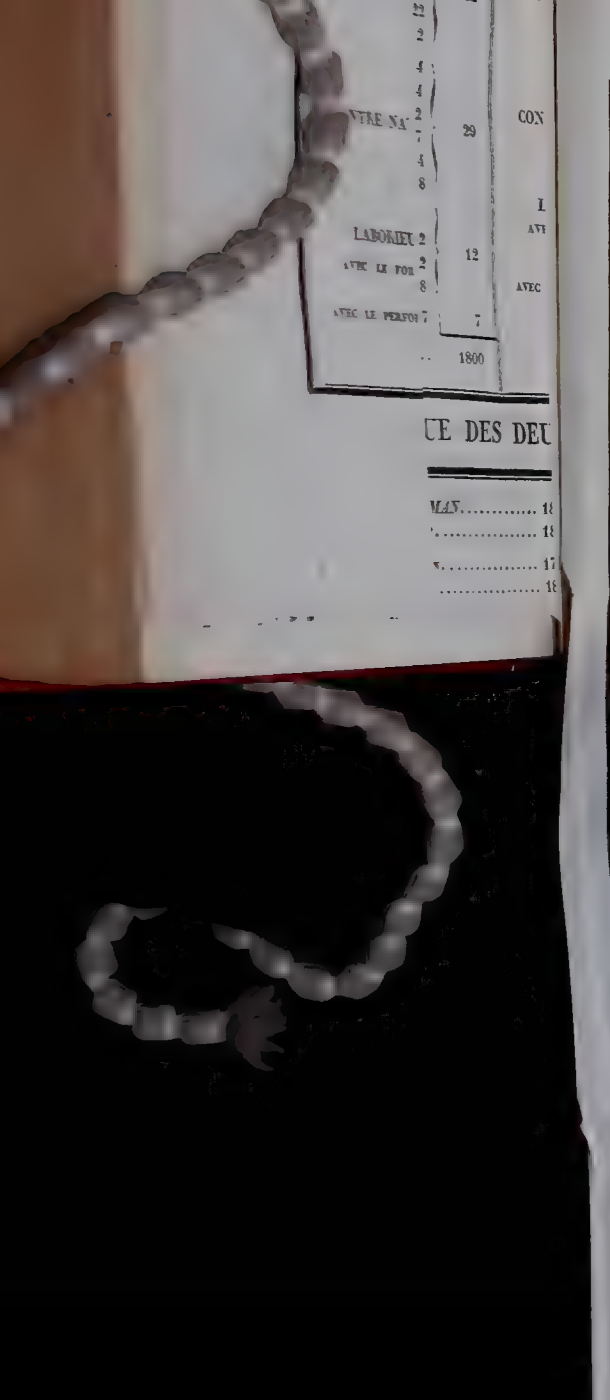
Dans 12 cas 1 sur 150, application du forceps ou du levier (1).
Dans 7 cas 1 sur 257, perforation du crâne du fœtus (2).
9 de ces femmes moururent dans le mois qui suivit l'accouchement;
c'est-à-dire : 3 de la fièvre puerpérale;
1 subitement, cinq jours après la délivrance, sans auc
1 dans un accès de convulsions, dix-huit heures après
1 de phthisie pulmonaire, douze heures après la déliv
1 à cause de la rupture d'un vaisseau de l'abdomen, m
1 de la péripneumonie;
1 de la rupture de l'utérus;
20 ou 1 sur 90 furent atteintes de la péritonite puerpérale à un deg
8 ou 1 sur 255 furent affectées de l'œdème lactée;
5 des enfans ou 1 sur 336 sont nés avec imperforation du rectum :
Tous furent soumis à l'opération indiquée :
2 sont morts en moins de trois jours;
1 vécut six mois;
les deux autres étaient encore vivans en 1814; l'un

(1) Dans 2 cas, à cause des convulsions de la mère;
2 mauvaise position de la tête;
8 inertie de l'utérus.
(2) Dans tous ces cas, le bassin était mal conformé.

....	Présentation du sommet	1664	1752
	des pieds	23	
	des fesses	42	
	Double, ou bi-jumeaux	22	
	Triple, ou tri-jumeaux	2	
Causes :			
MAUVAISES POSITIONS	la main ou le bras avec le sommet.	4	29
	de la face	4	
	du sommet	2	
	des épaules	7	
ACCIDENS	le placenta greffé sur l'orifice ...	4	
	prolapsus du cordon ombilical ..	8	
Causes :			
MAUVAISES POSITIONS	de la tête	2	12
ACCIDENS	convulsions de la mère	2	
	inertie de l'utérus	8	
Causes :	Resserrement du bassin	7	7
	TOTAL ÉGAL		1800

RÉSUMÉ DE LA PRATIQUE DES DI

	ACCOUCHEMENS DE	*MERRIMAN*	
		BLAND	
DÉSIGNATION DES ACCOUCHEMENS.	NATURELS	MERRIMAN	
		BLAND	
	CONTRE NATURE	MERRIMAN	
		BLAND	
	LABORIEUX, avec le forceps.	MERRIMAN	
		BLAND	
	avec le perforateur.	MERRIMAN	
		BLAND	
	GENRES non désignés		
	FEMME morte non accouchée		
	TOTAL ÉGAL		



DESIGNATION des EXTRÉMITÉS ET FACES DU TRONC DU FOETUS.	autа… d'…
EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU TRONC. LA TÊTE.	LE …
	LA …
	L'O…
	L'O…
EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU TRONC.	LES …
	LES …
	LES …
FACE ANTÉRIEURE, OU STERNALE.	LE …
FACE POSTÉRIEURE, OU DORSALE.	LE …
FACES LATÉRALES, OU COSTALES.	LE …
	L'…
	LE…
	LA…

(*) Pour les sous-divisions en 96 espèces particulières d'a…

(**) On a assigné au sommet huit positions différentes.

(a) On n'a assigné que *quatre* positions pour chacune des …

Nota. On a vu dans la Table ci-dessus que l… rares, ainsi que les positions Intermédiaires d… c'est-à-dire située en travers du bassin, le menton… centre du bassin ; — Qu'après les 1re et 2e posit… 373 enfans présentant les fesses, 341 étaient n… tion, c'est-à-dire la tête du fœtus située à droi… rellement : ces derniers étaient morts, putréfi…

Enfin on a dû remarquer, que, sur 20,517… dant le travail ; — 38 à cause de la mauvaise …

96

2 furent atteintes de manie; mais elles furent rétablies environ trois mois après leur accouchement.

1 femme eut un dépôt aussitôt après l'accouchement, qui s'ouvrit de la vessie dans le vagin, et du rectum dans le même canal. Cette malade se rétablit; mais les matières continuaient de passer par le vagin.

1 femme eut le périnée déchiré jusqu'au sphincter de l'anus : on tenta la suture; mais sans succès. Depuis ce temps, la femme est incommodée d'un prolapsus de l'utérus.

5 femmes eurent les jambes et les cuisses considérablement tuméfiées; elles se rétablirent.

---

105 femmes (ou 1 sur 18) ont eu un accouchement contre nature, ou laborieux, ou furent affectées de quelques maladies, en conséquence de l'accouchement. De ce nombre de cas, 43 (ou 1 sur 44) ont été accompagnés de difficultés particulières ou de danger; 7 femmes seulement (ou 1 sur 270) sont mortes. Les 62 autres sont accouchées, et se sont rétablies sans avoir besoin de secours extraordinaires.

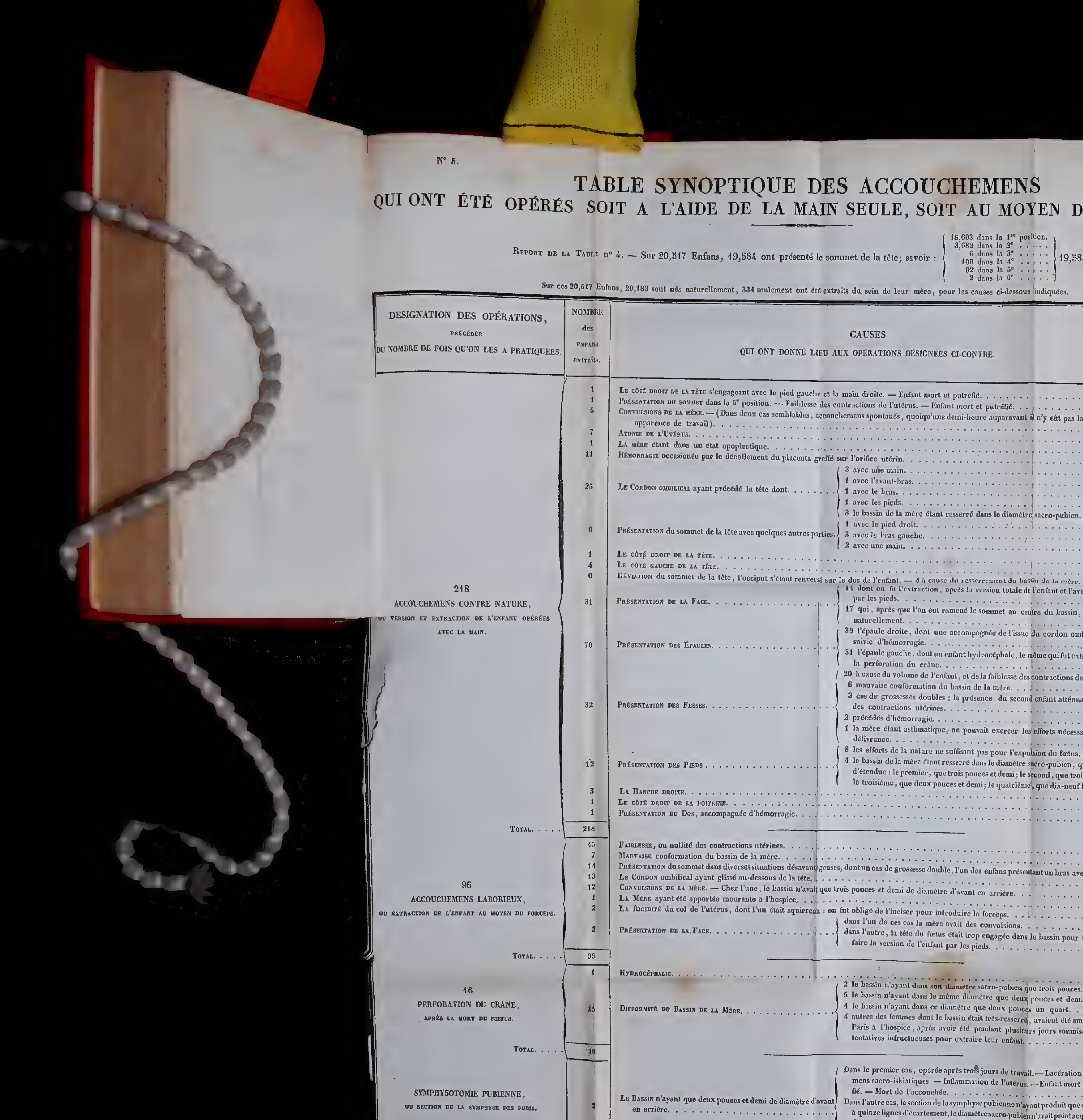
1792 femmes sont accouchées naturellement sans secours, sans avoir éprouvé aucune espèce d'accident.

1897

Note du traducteur, auteur du Mémorial.

Les présentations des pieds et des fesses sont rangées ici, ainsi que dans la Table suivante, au nombre des accouchemens contre nature. Nous rétablirons, dans la Table n° 3, ces différentes espèces d'accouchemens, selon le mode de division généralement adopté par les écrivains français. Cette même Table, ainsi rédigée, nous servira d'objet de comparaison entre la pratique des deux professeurs anglais et celle des professeurs de l'École d'Accouchement de Paris. (*Voyez* la Table n° 6.)

Bland ne dit pas de quels genres ont été les accouchemens des deux cas de convulsions, non plus que ceux des neuf cas d'hémorragie. Il ne fait pas mention de la cause de ce dépôt, de cette perfo-



N° 5.

TABLE SYNOPTIQUE DES ACCOUCHEMENS
QUI ONT ÉTÉ OPÉRÉS SOIT A L'AIDE DE LA MAIN SEULE, SOIT AU MOYEN D

Report de la Table n° 4. — Sur 20,517 Enfans, 19,584 ont présenté le sommet de la tête; savoir : 15,693 dans la 1re position. 3,682 dans la 2e. 6 dans la 3e. 109 dans la 4e. 92 dans la 5e. 2 dans la 6e. 19,58

Sur ces 20,517 Enfans, 20,183 sont nés naturellement, 334 seulement ont été extraits du sein de leur mère, pour les causes ci-dessous indiquées.

DESIGNATION DES OPÉRATIONS, précédée du nombre de fois qu'on les a pratiquées.	NOMBRE des enfans extraits.	CAUSES qui ont donné lieu aux opérations désignées ci-contre.
218 ACCOUCHEMENS CONTRE NATURE, ou version et extraction de l'enfant opérées avec la main.	1	Le côté droit de la tête s'engageant avec le pied gauche et la main droite. — Enfant mort et putréfié.
	1	Présentation du sommet dans la 5e position. — Faiblesse des contractions de l'utérus. — Enfant mort et putréfié.
	5	Convulsions de la mère. — (Dans deux cas semblables, accouchemens spontanés, quoiqu'une demi-heure auparavant il n'y eût pas la apparence de travail).
	7	Atonie de l'Utérus.
	1	La mère étant dans un état apoplectique.
	11	Hémorragie occasionée par le décollement du placenta greffé sur l'orifice utérin.
	25	Le Cordon ombilical ayant précédé la tête dont. 3 avec une main. 1 avec l'avant-bras. 1 avec le bras. 1 avec les pieds. 3 le bassin de la mère étant resserré dans le diamètre sacro-pubien.
	6	Présentation du sommet de la tête avec quelques autres parties. 1 avec le pied droit. 3 avec le bras gauche. 2 avec une main.
	1	Le côté droit de la tête.
	4	Le côté gauche de la tête.
	6	Déviation du sommet de la tête, l'occiput s'étant renversé sur le dos de l'enfant. — 4 à cause du resserrement du bassin de la mère.
	31	Présentation de la Face. 14 dont on fit l'extraction, après la version totale de l'enfant et l'avo par les pieds. 17 qui, après que l'on eut ramené le sommet au centre du bassin, naturellement.
	70	Présentation des Épaules. 39 l'épaule droite, dont une accompagnée de l'issue du cordon oml suivie d'hémorragie. 31 l'épaule gauche, dont un enfant hydrocéphale, le même qui fut extr la perforation du crâne.
	32	Présentation des Fesses. 20 à cause du volume de l'enfant, et de la faiblesse des contractions de 6 mauvaise conformation du bassin de la mère. 3 cas de grossesses doubles : la présence du second enfant atténua des contractions utérines. 2 précédés d'hémorragie. 1 la mère étant asthmatique, ne pouvait exercer les efforts nécessa délivrance.
	12	Présentation des Pieds. 8 les efforts de la nature ne suffisant pas pour l'expulsion du fœtus. 4 le bassin de la mère étant resserré dans le diamètre sacro-pubien, q d'étendue : le premier, que trois pouces et demi; le second, que troi le troisième, que deux pouces et demi; le quatrième, que dix-neuf l
	3	La Hanche droite.
	1	Le côté droit de la poitrine.
	1	Présentation du Dos, accompagnée d'hémorragie.
Total.	218	
96 ACCOUCHEMENS LABORIEUX, ou extraction de l'enfant au moyen du forceps.	45	Faiblesse, ou nullité des contractions utérines.
	7	Mauvaise conformation du bassin de la mère.
	14	Présentation du sommet dans diverses situations désavantageuses, dont un cas de grossesse double, l'un des enfans présentant un bras ave
	13	Le Cordon ombilical ayant glissé au-dessous de la tête.
	12	Convulsions de la mère. — Chez l'une, le bassin n'avait que trois pouces et demi de diamètre d'avant en arrière.
	1	La Mère ayant été apportée mourante à l'hospice.
	2	La Rigidité du col de l'utérus, dont l'un était squirreux : on fut obligé de l'inciser pour introduire le forceps.
	2	Présentation de la Face. dans l'un de ces cas la mère avait des convulsions. dans l'autre, la tête du fœtus était trop engagée dans le bassin pour faire la version de l'enfant par les pieds.
Total.	96	
16 PERFORATION DU CRANE, après la mort du fœtus.	1	Hydrocéphalie.
	15	Difformité du Bassin de la Mère. 2 le bassin n'ayant dans son diamètre sacro-pubien que trois pouces. 5 le bassin n'ayant dans le même diamètre que deux pouces et demi 4 le bassin n'ayant dans ce diamètre que deux pouces un quart. 4 autres des femmes dont le bassin était très-resserré, avaient été am Paris à l'hospice, après avoir été pendant plusieurs jours soumis tentatives infructueuses pour extraire leur enfant.
Total.	16	
SYMPHYSOTOMIE PUBIENNE, ou section de la symphyse des pubis.	2	Le Bassin n'ayant que deux pouces et demi de diamètre d'avant en arrière. Dans le premier cas, opérée après trois jours de travail. — Lacération mens sacro-iskiatiques. — Inflammation de l'utérus. — Enfant mort fié. — Mort de l'accouchée. Dans l'autre cas, la section de la symphyse pubienne n'ayant produit que à quinze lignes d'écartement, le diamètre sacro-pubien n'avait point acq

APHORISMES

DE MAURICEAU,

ACCOUCHEUR AU DIX-SEPTIÈME SIÈCLE.

SECTION PREMIÈRE.

Maladies des femmes.

1. L'INTELLIGENCE de ces aphorismes rendant l'art des accouchemens moins long, l'expérience moins périlleuse, le jugement moins difficile, fera que la curation des maladies des femmes en sera d'autant plus facile.

2. Pour bien connaître les maladies des femmes et y bien remédier, il faut avoir une parfaite connaissance de la matrice (1) et de toutes les parties qui en dépendent.

3. Le dérèglement des fonctions de la matrice est cause de la plus grande partie des maladies des femmes.

4. La condition des femmes est très-malheureuse, puisqu'elles sont sujettes, non seulement à toutes les indispositions des hommes, mais encore à une infinité d'autres dont les hommes sont exempts.

5. La curation des maladies des femmes diffère beaucoup de la curation de celles des hommes.

6. Comme la curation des maladies des femmes diffère grandement de la curation de celles des hommes, le

---

(1) De ses fonctions et de sa structure.

Avec le forceps.	96 ou 1 sur 215	
Avec le perforateur.	16 ou 1 sur 1,300	
Par la section de la symphyse.	2 ou 1 sur 10,258	
Opération césarienne.	2 ou 1 sur 10,258	
Accouchemens ARTIFICIELS.	334 ou 1 sur. 62	
TOTAUX RÉUNIS DES ACCOUCHEMENS NATURELS.		23,795
TOTAUX RÉUNIS DES ACCOUCHEMENS ARTIFICIELS.		419
TOTAUX RÉUNIS DES ACCOUCHEMENS... 24,214	TOTAL ÉGAL. . . .	24,214

Les inductions que l'on peut tirer de ces résultats sont trop faciles à saisir pour avoir besoin d'être expliqués; nous terminerons, en faisant remarqu
ıe les accouchemens *mécaniques* (avec les instrumens) sont bien plus fréquens dans la pratique des Anglais cités, qu'ils ne le sont dans la pratique de l'H
ce ce la Maternité; et l'on pourrait en donner la raison, en leur appliquant ce que dit le docteur DUBOIS dans ses Cours, à propos de ces praticiens qui
nt un titre de gloire des nombreux accouchemens difficiles qu'ils rencontrent dans leur pratique : « C'est, dit notre professeur, parce qu'ils veulent abso
ment accoucher; ils ne veulent pas donner le temps à la nature de terminer son œuvre; ils la contrarient, la gênent, la tourmentent : heureux s'ils
sont quittes pour avoir voulu paraître nécessaires! » L'abus de l'art, dit DENMAN, produit des maux plus nombreux et plus graves que toutes les imperf
ıns ce la nature.

E SYTI

ET COM VE

S DOCT, M

SPOSÉE DANS U ORI

ÉMORIAL DRT

ACCOUCHEM	34	1752		CO
	23			
NATUREL	42			
	22			
	2			
	4	29		CON
	4			
CONTRE NAT	2			
	7			
	4			
	8			
		12		L
LABORIEU	2			AVE
AVEC LE FOR	2			AVEC
	8			
AVEC LE PERFOR	7	7		
	..	1800		

UE DES DEU

IMAN............. 18

D................ 18

AN............... 17

.... 18

COMPARÉ AV

La Hanche..	droit	
	gaucl	

Total des enfans

(*) Pour les sous-divisions en 96 espèces particulières d'accouchemens, voyez les c

(**) On a assigné au sommet huit positions différentes.

(a) On n'a assigné que *quatre* positions pour chacune des autres régions de la tête e

Nota. On a vu dans la Table ci-dessus que les présentations du
rares, ainsi que les positions Intermédiaires de cette région de la
c'est-à-dire située en travers du bassin, le menton à droite ou à gauc
centre du bassin ; — Qu'après les 1re et 2e positions du sommet, ce
373 enfans présentant les fesses, 341 étaient nés naturellement ; e
tion, c'est-à-dire la tête du fœtus située à droite ou à gauche du
rellement : ces derniers étaient morts, putréfiés, ou encore éloig

Enfin on a dû remarquer, que, sur 20,517 enfans, 20,183 s
dant le travail ; — 38 à cause de la mauvaise conformation du ba

TA

16 PERFORATION DU CRANE, APRÈS LA MORT DU FŒTUS.	15
TOTAL.	16
SYMPHYSOTOMIE PUBIENNE, OU SECTION DE LA SYMPHYSE DES PUBIS.	2
GASTROTOMIE.	2

N° 6

RESUMÉ DES CIN

Sur	3,697	Accou
		Contre
		Avec
		Avec l
		Opérat
Sur	20,517	Accou
		Contre
		Avec
		Avec l
		Par la
		Opérat
Totaux réunis des accouchemens...	24,214	

s inductions que l'on peut tirer de ces résultats sont trop fac
les accouchemens *mécaniques* (avec les instrumens) sont bien
le la Maternité ; et l'on pourrait en donner la raison, en leur
n titre de gloire des nombreux accouchemens difficiles qu'ils
nt accoucher ; ils ne veulent pas donner le temps à la natur
t quittes pour avoir voulu paraître nécessaires ! » L'abus de l
e la nature.



traitement des femmes grosses ne diffère pas moins de celui qui peut convenir aux maladies des femmes qui ne sont pas grosses.

7. Les maladies des femmes sont bien plus dangereuses dans le temps de la grossesse, parce qu'on ne peut pas pour lors leur faire tous les remèdes qui leur pourraient convenir en d'autres temps.

8. Si la femme grosse a une maladie qui demande quelque opération de chirurgie de haut appareil, comme celle qui convient à la pierre en la vessie (1), à la fistule, à l'anus ou autre, il faut, autant qu'on le peut, différer cette opération jusqu'après l'accouchement.

9. Les femmes souffrent ordinairement tant d'incommodités durant tout le temps de la grossesse, qu'on l'appelle vulgairement avec raison *maladie de neuf mois*.

10. Les femmes sont le plus souvent malades quand elles sont grosses, à cause de la suppression de leurs menstrues; mais, au contraire, la plupart des animaux qui n'ont point de menstrues, paraissent presque toujours en bonne santé durant qu'ils portent leurs petits au ventre.

11. Dans toutes les maladies des femmes grosses, on doit empêcher, autant qu'il est possible, qu'elles n'accouchent durant que la nature est trop occupée par la grandeur de la maladie, pour pouvoir bien régir l'évacuation des vidanges qui doit suivre l'accouchement.

---

(1) Une pierre dans la vessie pourrait, si elle était volumineuse, nuire d'une part à la progression de la tête, irriter, déchirer la vessie, et de l'autre occasionner l'inflammation de l'utérus, et faire souffrir à la femme des douleurs atroces. Il vaudrait donc mieux extraire la pierre avant l'accouchement.

12. Les femmes qui avortent ou qui accouchent dans le temps qu'elles ont une fièvre continue, sont en très-grand danger de la vie, et principalement celles dont la fièvre est accompagnée de fluxion sur la poitrine.

13. Le quinquina se peut donner aussi sûrement aux femmes grosses, pour la guérison de la fièvre, qu'à d'autres personnes.

14. Les femmes sont ordinairement soulagées, par l'accouchement, des incommodités et des maladies que leur avait causées la grossesse; mais leurs autres indispositions, qui n'ont aucun rapport à la grossesse, ont continué d'augmenter après l'accouchement, quand il arrive dans un état maladif.

15. L'on voit quelquefois des femmes très-valétudinaires et infirmes, faire des enfans assez sains, parce que l'enfant a en soi un principe de vie particulier qui purifie souvent la mauvaise nourriture qu'il reçoit de la mère, comme nous voyons que la greffe rectifie et adoucit l'austérité de la sève de l'arbre sauvage sur lequel elle est entée.

SECTION II.

Dispositions différentes de la Matrice.

16. Comme la matrice doit servir d'égout à toute l'habitude du corps de la femme, il ne faut jamais user d'injections astringentes en cette partie, si une excessive perte de sang n'y oblige.

17. Les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfant, ont toujours l'orifice interne de la matrice (1) assez petit et d'une rondeur égale; mais celles qui en ont eu,

(1) Du temps de *Mauriceau*, on considérait comme orifice externe de la matrice l'entrée du vagin, et comme orifice interne l'orifice utéro-vaginal ou externe de l'utérus.

l'ont ordinairement plus gros et plus inégal que les autres.

18. L'orifice interne de la matrice est toujours d'une substance beaucoup plus molle (1) dans le temps de la grossesse qu'en tout autre.

19. L'ouverture de l'orifice interne de la matrice d'une femme grosse n'est pas toujours un signe assuré qu'elle soit en travail, car on en voit quelquefois à qui cet orifice est ouvert à y introduire le doigt un mois devant que d'accoucher (2).

20. La matrice de la femme n'a qu'une seule cavité, à la différence de celle de beaucoup d'autres animaux qui ont plusieurs cellules en cette partie (3).

21. La génération de l'enfant peut bien se faire vers un des coins de la matrice où aboutit le vaisseau déférent éjaculatoire, appelé *tuba*; mais il est impossible qu'elle se fasse dans ce vaisseau même (4).

22. Il y a des femmes qui rendent quelquefois des vents de la matrice avec aussi grand bruit que si c'était de l'*anus*, ce qui toutefois ne leur cause aucune autre

---

(1) Excepté dans les premières semaines de la conception.

(2) Plus rarement chez celles qui sont enceintes pour la première fois.

(3) On rapporte quelques exemples d'utérus double chez les femmes. Nous avons vu sur le cadavre d'un enfant femelle nouvellement né un utérus double, ayant chacun un orifice qui correspondait à un vagin particulier; ces deux vagins accollés l'un à l'autre sur leur longueur se terminaient par chacun un orifice distinct à la commissure inférieure de la vulve; le même enfant avait aux pieds et aux mains plusieurs doigts surnuméraires (*Voyez* un cas plus récent, page 85 de cet ouvrage).

(4) On a des preuves que cette grossesse a eu lieu, soit dans la trompe dont veut parler *Mauriceau*, soit dans l'ovaire, et que l'enfant s'y est développé.

incommodité que l'indécence de ce bruit extraordinaire (1).

23. Tous les vaisseaux de la matrice sont beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire, lorsque les femmes ont leurs menstrues ou qu'elles sont sur le point de les avoir, et ils deviennent d'autant plus gros en toutes les femmes, que le terme de leur grossesse est avancé.

24. Plus la substance des corps de la matrice se dilate dans le temps de la grossesse, plus elle devient mince et déliée; son épaisseur étant consommée en ce temps par sa grande extension (2).

25. La matrice est si mince dans les derniers mois de la grossesse, qu'elle se crève quelquefois, ne pouvant souffrir la grande extension que la grosseur de l'enfant lui fait en ce temps (3).

SECTION III.

Des Menstrues.

26. Les femmes ne sont ordinairement en bonne santé que lorsqu'elles sont bien réglées, quand il faut et comme il faut, dans l'évacuation de leurs menstrues;

---

(1) L'utérus qui contient de l'air n'est point dans l'état naturel, il est dans un état maladif.

(2) Si les calibres de vaisseaux de l'utérus augmentent de volume pendant la grossesse, comme le dit *Mauriceau*, dans l'aphorisme 23, les parois de l'utérus ne s'amincissent donc point en raison du développement de l'utérus. L'uterus ne perd que peu ou point de son épaisseur. C'est en quoi le phénomène de la grossesse est le plus étonnant et le plus admirable.

(3) Il est vrai que l'utérus peut s'amincir en quelques points, surtout ceux qui sont en contact avec un angle trop saillant du bassin.

Plusieurs causes peuvent donner lieu à la rupture de l'uterus.

Ce viscère n'est pas toujours développé en raison du volume de l'enfant.

ainsi, l'on peut dire que la matrice est l'horloge de leur santé.

27. Quelque maladie qu'une jeune femme ait, lorsque cette maladie est causée ou accompagnée d'une suppression des menstrues, il faut la saigner du bras ou du pied, selon que les accidens le requièrent au moins une fois le mois, pour suppléer au défaut de cette évacuation naturelle.

28. Dans toutes les maladies des femmes qui ont suppression de leurs menstrues, la saignée leur est si utile, qu'elle convient même aux femmes hydropiques.

29. Les jeunes femmes ne deviennent presque jamais grosses, devant que d'avoir eu au moins une fois leurs menstrues, et il est très rare que celles qui sont accouchées le redeviennent avant qu'elles aient eu derechef cette évacuation menstruelle en suite de leurs couches (1).

30. Les excrétions sanglantes de la matrice ne doivent pas être qualifiées de menstrues après l'âge de cinquante-huit ou soixante ans; car pour lors ces sortes d'excrétions sont symptomatiques et très-souvent signes avant-coureurs d'ulcères carcinomateux et de la mort qui les suit.

31. Les femmes qui ont leur évacuation menstruelle moins de trois jours ou plus de six, ne se portent pas ordinairement aussi bien que les autres (2).

32. On voit mourir beaucoup plus de femmes depuis l'âge de quarante-cinq ans jusqu'à cinquante ou environ, qu'en aucun âge de leur vie, à cause que la nature commence pour lors d'être privée de l'évacuation menstruelle qui leur était salutaire (3).

---

(1) On voit des femmes qui font un enfant tous les neuf mois.

(2) Cette remarque n'est pas d'une exactitude rigoureuse.

(3) Cette observation n'est applicable qu'aux femmes de notre climat.

33. Le sang menstruel des femmes bien saines ne diffère presque pas en couleur, en consistance et en autre qualité, de celui qui reste dans les vaisseaux.

34. La simple suppression des menstrues cause quelquefois aux filles vierges des dégoûts, des nausées et des vomissemens, comme il en arrive ordinairement aux femmes grosses.

35. On peut bien voir quelques femmes avoir dans la suppression de leurs menstrues quelques simples sérosités qui sortent de leurs mamelles, mais non pas du véritable lait, si elles ne sont point grosses, et qu'elles n'aient jamais eu d'enfant.

36. Le temps qui précède l'évacuation des menstrues ni celui auquel elles fluent, n'est point propre à purger les femmes; c'est pourquoi il faut toujours attendre, autant qu'on le peut, que cette évacuation soit finie pour purger celles qui en ont besoin.

37. Le flux menstruel que l'on voit quelquefois paraître en certaines femmes, dans les premiers mois de la grossesse, vient dans le temps ordinaire, sans aucun accident (1); mais les pertes de sang viennent dans un temps extraordinaire, et sont toujours accompagnées de quelques accidens, qui sont d'autant plus à craindre que ces pertes de sang sont grandes.

38. Les femmes qui, avant de devenir grosses, étaient valétudinaires à cause de la petite évacuation de leurs menstrues, se portent mieux ordinairement après être accouchées, parce que les vaisseaux qui servent à cette évacuation menstruelle en sont rendus plus libres.

(1) L'hémorragie ou la perte peut également se manifester aux époques des règles chez la femme grosse : l'irritation de l'utérus, ou sa faiblesse extrême peut donner lieu à cet accident.

39. On voit beaucoup de femmes incommodées de rhumatismes, quand elles ont quelque déréglement ou suppression de leurs menstrues; mais il est très rare d'en voir qui aient la goutte.

40. La première évacuation des menstrues qui arrive aux femmes accouchées, quelques mois après leur accouchement, est presque toujours plus abondante qu'à l'ordinaire : elle est néanmoins sans aucun danger.

41. Les filles de treize ou quatorze ans, qui sont valétudinaires, et qui n'ont pas encore eu aucune évacuation menstruelle, ne commencent à se bien porter qu'après que cette évacuation leur est arrivée avec l'âge.

42. Lorsque les femmes sont dans le temps de l'évacuation de leurs menstrues, et dans tout celui des vidanges de leurs couches, elles doivent s'abstenir d'aller en toutes voitures secouantes, pour éviter que cette évacuation ne soit excessive, et que la matrice, qui est en fluxion, n'en soit blessée.

SECTION IV.

Pertes de sang dans le temps de la grossesse.

43. Les femmes à qui l'on voit paraître quelque évacuation de sang par la matrice, durant les premiers mois de leur grossesse, doivent se faire saigner du bras (1), se tenir en repos, et s'abstenir entièrement du coït, si elles veulent conserver leur grossesse.

44. Les grandes et excessives pertes de sang, qui arrivent quelquefois à la femme grosse, viennent presque toujours du détachement entier ou en partie de l'arrière-faix d'avec la matrice; et ces sortes de pertes de sang

(1) Si la femme annonce être dans un état de pléthore sanguine,

ne cessent jamais entièrement que la femme ne soit accouchée (1).

45. Ce cordon de l'ombilic, qui est naturellement trop court, et qui par accident est embarrassé autour de quelque partie de l'enfant, au ventre de la mère, est souvent cause que l'enfant ne pouvant se remuer librement sans tirailler ce cordon dont il est bridé, fait détacher prématurément l'arrière-faix d'avec la matrice, et cause en même temps une grande perte de sang.

46. Les pertes de sang qui arrivent aux femmes grosses sont toujours d'autant plus dangereuses, que le terme de la grossesse est plus avancé.

47. Les pertes de sang qui sont accompagnées de fréquentes syncopes sont très souvent mortelles aux femmes grosses et à leurs enfans.

48. Les pertes de sang qui arrivent aux femmes dans les deux ou trois premiers mois de leur grossesse ne sont presque jamais mortelles, quelque abondantes qu'elles soient; mais celles qui leur arrivent dans les deux derniers mois leur sont très souvent funestes et à leurs enfans.

49. Entre les femmes grosses qui ont une excessive perte de sang qui oblige d'accélérer leur accouchement, celles dont l'orifice interne de la matrice (l'utéro-vaginal) est fort épais et dur, sont beaucoup plus en danger de mourir que celles qui ont ce même orifice mince et mollet.

50. Les grandes pertes de sang qui sont accompagnées

(1) Quand le placenta n'est qu'en partie détaché, quelquefois au moyen du repos et d'un régime approprié, la femme parvient au dernier terme de sa grossesse; mais quand le placenta est greffé sur le col, c'est très rare.

de convulsions, sont presque toujours mortelles aux femmes grosses.

51. La saignée du bras est utile aux femmes grosses pour les préserver de perte de sang (1), quand elles y sont sujettes : elle convient aussi à celles qui en ont de petites ou de médiocres; mais on ne la doit point pratiquer pour des pertes excessives.

52. L'arrière-faix, qui se présente devant l'enfant au passage, cause toujours une excessive perte de sang à la mère, et très souvent la mort, aussi bien qu'à l'enfant, si on n'y remédie aussitôt par l'accouchement.

53. De quelque temps qu'une femme soit grosse, quand elle a une perte de sang si excessive qu'elle en tombe en fréquentes syncopes, l'accouchement est le plus salutaire remède qu'on lui puisse donner, et à son enfant, s'il est encore vivant.

54. Dans les pertes de sang des femmes qui sont en travail, il faut toujours rompre les membranes des eaux de l'enfant le plus tôt qu'on le peut faire (2), afin de lui donner lieu de s'avancer au passage sans pousser les membranes, qui étant agitées par l'impression des douleurs, augmenteraient encore la perte de sang en augmentant le détachement de l'arrière-faix, où elles tiennent.

55. Quoique l'accouchement soit le plus salutaire remède qu'on puisse donner aux femmes grosses qui ont

(1) Nous avons déjà dit que la saignée ne convenait que dans le cas de pléthore sanguine.

(2) *Louise Bourgeois* avait donné ce précepte avant *Mauriceau*. Par la contraction plus forte de l'utérus qui résulte de l'évacuation des eaux, les orifices des vaisseaux qui fournissaient le sang se trouvent oblitérés.

une excessive perte de sang (1), il leur est souvent inutile, si l'on diffère trop long-temps à leur donner ce secours.

56. Quand il arrive une perte de sang à une femme grosse, si le sang vient du fond de la matrice, il est toujours suivi de l'avortement; mais lorsqu'il ne s'écoule que du col de la matrice (du vagin), l'on peut encore espérer la conservation de la grossesse; l'une et l'autre disposition se connaissent par l'ouverture ou par la clôture de la matrice (2).

57. Les fréquentes faiblesses, le tintement des oreilles, la vue éblouie et égarée, sont tous signes presque certains de mort, quand ils procèdent d'une grande perte de sang en une femme grosse de six mois et au-dessus, et principalement si cette perte a été causée par quelque blessure.

SECTION V.

Pertes de sang après l'accouchement.

58. Les femmes qui accouchent de gros enfans sont fort sujettes à de grandes pertes de sang aussitôt qu'elles sont accouchées, parce que les gros enfans ont ordinairement de gros arrière-faix dont les vaisseaux sont fort amples, auxquels ceux de la matrice sont toujours proportionnés (3).

---

(1) Surtout quand elle est occasionnée par l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus.

(2) L'orifice n'est jamais clos au point de ne pouvoir permettre l'issue du sang qui proviendrait de sa cavité, à moins qu'il ne soit survenu pendant la grossesse quelques lésions à l'orifice de l'utérus, telle qu'une plaie ou un ulcère dont la cicatrisation aurait oblitéré tout-à-fait l'orifice.

(3) Il faut ajouter que plus on se pressera de délivrer les femmes dans ce cas, plus elles seront exposées, à cause de l'inertie de l'uté-

59. Les femmes qui sont sujettes à de grandes pertes de sang après leur accouchement doivent être saignées du bras deux ou trois fois durant le cours de leur grossesse (dans le cas de pléthore sanguine), et même encore une fois dès qu'elles commencent d'être en travail.

60. Les femmes qui ont une grande perte de sang dans leur accouchement sont ensuite sujettes à être incommodées, durant plusieurs jours, d'un très grand mal de tête avec fièvre, qui procède d'une espèce de fermentation qui se fait au sang nouvellement engendré, semblable à celle qui se fait au vin nouveau, et elles restent long-temps avec les pâles couleurs et les jambes enflées.

61. Les femmes qui ont une perte de sang excessive dans leur accouchement, doivent s'abstenir du coït pendant trois mois, et se tenir en repos au lit lorsque la première évacuation de leurs menstrues se fera.

SECTION VI.

Stérilité des femmes.

62. Les femmes qui ont la matrice intempérée, soit en excès de chaleur et sécheresse, soit en froidure et humidité, sont ordinairement stériles (1).

63. Les femmes stériles sont ordinairement plus valétudinaires que les autres (2).

---

rus qui résulte du passage brusque de son état de plénitude extrême à celui de vacuité.

(1) Il est des femmes fort incommodées de fleurs blanches, et qui ne laissent pas que de concevoir, et ainsi que d'autres qui sont dans un état contraire.

(2) Quand la stérilité a pour cause la privation ou l'irrégularité des menstrues.

64. La stérilité vient le plus souvent du défaut personnel qui se rencontre dans les femmes; car on voit ordinairement plus de trente femmes stériles pour un homme impuissant.

65. Les femmes stériles ont ordinairement l'orifice interne de leur matrice plus petit ou plus grêle que les autres.

66. Il y a certaines femmes qui ne sont stériles que pour un temps seulement, et qui, changeant de tempérament avec l'âge, deviennent enfin fécondes.

67. La génération d'un faux germe en une femme qui avait été auparavant stérile, est, pour l'ordinaire, un signe avant-coureur de fécondité pour l'avenir (1).

68. Les bains d'eau tiède et l'usage des eaux minérales ensuite sont très convenables aux femmes stériles pour lever les obstructions de la matrice qui peuvent causer leur stérilité.

69. Outre que les filles qui naissent imperforées de la matrice (du vagin) sont stériles tant que cette mauvaise situation subsiste, elles mourraient indubitablement dans la suite, si on ne leur faisait une ouverture à la vulve, capable de servir à l'évacuation de leurs menstrues dans le temps.

70. Les femmes qui cessent durant deux ou trois ans d'être fécondes comme elles étaient auparavant, et acquièrent un embonpoint extraordinaire, deviennent assez souvent après cela stériles.

71. Certaines femmes qui, par la contrariété de leur tempérament, avaient paru être stériles avec des hommes qui n'étaient pas impuissans, deviennent fécondes avec

---

(1) Le faux germe ou la mole étant une conception dégénérée, rien de plus certain que la femme est apte à concevoir.

d'autres hommes dont le tempérament a plus de conformité avec le leur.

72. Les femmes qui ont l'évacuation menstruelle en petite quantité conçoivent difficilement; mais celles qui sont entièrement privées de cette évacuation sont tout-à-fait stériles (1).

73. La naissance du premier enfant d'une femme qui avait été stérile pendant un long temps lui donne souvent dans la suite plus de disposition à faire d'autres enfans qu'elle n'avait auparavant, à cause que les vaisseaux qui servent à l'évacuation des mois, étant devenus plus amples dans la grossesse, restent plus libres après l'accouchement.

SECTION VII.

Conception de l'enfant.

74. Les femmes conçoivent plus facilement dans les cinq ou six premiers jours qui suivent l'évacuation de leurs menstrues, qu'en tout autre temps.

78. Tout le corps du fœtus est formé dès le premier jour de la conception, et n'est pas pour lors plus gros qu'un grain de millet, tout le reste du temps de la grossesse ne servant seulement qu'à lui donner l'accroissement nécessaire.

SECTION X.

Différens temps de la grossesse.

83. Quelques femmes grosses sentent leur enfant se mouvoir dès le premier mois accompli (2); beaucoup

---

(1) Ni l'une ni l'autre de ces deux propositions ne sont rigoureusement vraies.

(2) La ténuité et le peu de consistance qu'a l'embryon à cette époque, et la quantité d'eau dont il est environné, doivent rendre

d'autres ne le sentent pas devant six semaines ou deux mois; mais la plupart le sentent à trois mois ou environ; quelques unes toutefois ne le sentent bien manifestement qu'à quatre mois.

84. La diversité du sexe de l'enfant ne contribue point à son prompt ou tardif mouvement dans le temps de la grossesse.

85. Beaucoup de femmes ayant ignoré leur grossesse dans le commencement, à cause de quelque évacuation menstruelle dans les deux premiers mois, croient ensuite accoucher à huit mois ou à sept mois seulement, quoiqu'elles soient pour lors effectivement grosses de neuf mois entiers.

86. Les femmes portent le plus ordinairement leur enfant dans le ventre neuf mois entiers; quelques unes le portent même encore plusieurs jours par delà ce terme : mais on n'en voit point qui passent entièrement le dixième mois.

87. Les enfans qui naissent après le terme de neuf mois entièrement accomplis sont toujours plus gros qu'à l'ordinaire.

88. Les enfans qui naissent sont toujours d'autant plus gros et robustes, et par conséquent d'autant plus viables, qu'ils approchent du terme le plus parfait, qui est la fin du neuvième mois de la grossesse de leur mère.

SECTION XI.

Enfant né à sept mois.

89. Il est si rare de voir vivre un enfant dans la

---

ses mouvemens insensibles pour la mère, et même à une époque plus avancée; encore peut-elle confondre les mouvemens des intestins avec ceux de l'enfant.

suite, qui est véritablement né à sept mois, que de mille à peine s'en rencontre-t-il un seul qui échappe.

SECTION XII.

Enfant né à huit mois.

90. Plus de la moitié des enfans nés à huit mois complets vivent dans la suite, si on leur donne une bonne nourrice qui en ait bien du soin.

SECTION XIV.

Signes qui dénotent qu'une femme est grosse de plusieurs enfans.

96. Les femmes qui sont grosses de plusieurs enfans sont beaucoup plus incommodées durant tout le temps de leur grossesse, et accouchent ordinairement au moins quinze jours ou trois semaines devant la fin du neuvième mois, et elles ont presque toujours les jambes enflées jusqu'aux cuisses, dans les derniers mois, et ont même aussi quelquefois les deux lèvres de la vulve toutes tuméfiées (1).

SECTION XV.

Signes qui distinguent la fausse grossesse de la vraie.

97. Les femmes qui ont une fausse grossesse ont ordinairement le ventre également tendu de tous côtés; mais celles qui sont grosses d'enfant l'ont toujours plus éminent vers le devant. (Ce signe est équivoque.)

98. Dans les soupçons douteux de grossesse avancée de quatre ou cinq mois ou plus, si l'on trouve que le

---

(1) On ajoute encore que les enfans remuent ensemble ou séparément en divers points à la fois, et tout-à-fait opposés; que le ventre est beaucoup plus volumineux que dans la grossesse simple, à pareille époque.

nombril de la femme soit enfoncé, et l'orifice de la matrice petit et dur, on peut être assuré qu'elle n'est pas grosse d'enfant.

99. Les faux soupçons de grossesse arrivent ordinairement aux femmes qui ne sont pas bien réglées dans l'évacuation de leurs menstrues; mais principalement aux femmes de trente-cinq ou quarante ans.

100. La relation que fait la femme des incommodités qu'elle ressent, si elle est fidèle, peut beaucoup contribuer à faire connaître sa grossesse; mais il ne faut pas toujours s'y fier, car beaucoup de femmes sont sujettes à se tromper elles-mêmes ou à tromper les autres; et quelques unes croient être grosses quoiqu'elles ne le soient pas, et d'autres le sont quoiqu'elles ne le croient pas.

SECTION XVII.

De la Mole ou du Faux germe.

103. Dans la vraie grossesse, l'enfant a de soi un mouvement de totalité et de partialité; mais dans la fausse grossesse, la mole n'a qu'un simple mouvement de décidence, ou, par accident, celui d'un certain tressaillement convulsif qui arrive quelquefois à la matrice qui en est irritée (1).

104. La mole n'est proprement qu'un gros faux germe, qui, étant resté dans la matrice après le terme auquel la nature a coutume d'expulser ces sortes de corps étrangers, y a pris un plus grand accroissement.

105. Les femmes n'engendrent jamais des moles si elles n'ont usé du coït.

107. La mole n'a point d'arrière-faix, ni de cordon

(1) Ces signes ne sont pas décisifs, parce qu'ils sont communs avec ceux de la vraie grossesse, dans le cas de mort du fœtus.

qui lui soit attaché comme l'enfant l'a toujours; elle est ordinairement elle-même, aussi bien que le faux germe, une espèce d'arrière-faix avorté dès les premiers jours de la conception. (L'embryon a péri, le placenta a continué de végéter.)

108. Comme les véritables moles ne sont que de gros faux germes, toutes ces sortes de corps étrangers ne restent jamais dans la matrice après le terme de l'accouchement passé.

SECTION XVIII.

Régime des femmes grosses.

110. Si les alimens, quoique moins bons, dont les femmes grosses usent avec appétit, sont d'un commun usage à la nourriture, ils sont préférables aux autres meilleurs, dont elles n'useraient qu'avec répugnance.

111. Les femmes grosses qui sont incommodées d'aigreur d'estomac, doivent s'abstenir de toutes sortes d'acides et de manger des fruits crus, de la salade, du sucre et même de boire du vin; car le vin fait aigrir ces sortes d'alimens dans l'estomac, et y contracte aussi réciproquement la même aigreur.

113. La femme qui est sujette à des avortemens, doit, aussitôt quelle s'aperçoit qu'elle a conçu, s'abstenir entièrement du coït, si elle veut conserver sa grossesse.

114. La femme doit se tenir plus en repos qu'à l'ordinaire vers le dernier mois de sa grossesse, parce que c'est environ dans ce temps-là que l'enfant a coutume de se tourner pour prendre sa situation naturelle; de sorte que, si la femme vient à faire pour lors quelque exercice extraordinaire, l'enfant, au lieu de se tourner en droite ligne, se tourne de travers (1).

---

(1) Le conseil est bon; mais il est douteux que les mouvemens de

115. Comme il est très-constant que de dix fausses couches ou avortemens, il y en a neuf qui leur arrivent avant la fin du troisième mois de la grossesse, il est plus utile de les saigner par précaution dans les premiers mois, que d'attendre, comme l'on fait ordinairement, qu'elles soient grosses de quatre mois et demi (1).

116. Si l'on veut purger plus sûrement une femme grosse qui en a besoin, il faut la saigner du bras auparavant (2).

118. Il ne faut pas ouvrir les varices des jambes aux femmes grosses pour en tirer du sang; car cette évacuation ferait pour lors le même effet que la saignée du pied, qui ne doit point être pratiquée dans le temps de la grossesse (3).

119. Il faut saigner du bras les femmes grosses qui ont des hémorroïdes douloureuses, à quelque terme qu'elles soient de leur grossesse.

120. La violente et fréquente toux des femmes grosses peut facilement leur causer de grandes pertes de sang, et l'avortement dans la suite.

121. La grossesse et l'action du coït sont toujours très-contraires aux femmes qui sont sujettes à cracher le sang.

122. La saignée du bras, le lait, la boisson tiède, le parler peu, la liberté du ventre, et l'abstinence du coït, conviennent fort aux femmes grosses qui sont travaillées

---

la mère contribuent à la mauvaise situation de l'enfant, à moins qu'il soit mort.

(1) On doit avoir égard à la cause qui pourrait faire craindre l'avortement.

(2) Dans le cas où elle serait sanguine, sans quoi elle tomberait malade.

(3) On ne saurait affirmer que la saignée du pied soit un moyen propre à faire avorter les femmes.

d'une violente toux, et principalement à celles qui crachent du sang.

123. Il ne faut jamais purger les femmes grosses ni autres qui ont un crachement de sang, ou la toux de la poitrine échauffée, ou celles qui ont la matrice en fluxion.

SECTION XIX.

Flux du Ventre de la femme grosse.

124. Le flux du ventre provoque souvent l'avortement aux femmes grosses, et principalement s'il est dysentérique.

125. Le flux dysentérique qui fait avorter une femme et qui lui continue plus de quatre jours après son avortement, lui est ordinairement funeste.

SECTION XX.

Descente de Matrice.

126. On ne doit point faire promener ni tenir debout les femmes en travail qui étaient sujettes, avant leur grossesse, à une descente de matrice, et il est plus sûr de les accoucher étant au lit, que situées dans une chaise (1).

127. La descente et la chute de la matrice peuvent bien arriver en tout temps à toutes sortes de femmes, et quelquefois même aux filles; mais il n'arrive jamais de renversement entier de cette partie qu'immédiatement après l'accouchement.

128. La plus fréquente cause des descentes et chutes de la matrice est celle qui vient des violens accouchemens (2).

(1) Le conseil est également bon à suivre pour prévenir la descente et le renversement après l'accouchement.

(2) L'effet n'est pas toujours le résultat de la cause.

129. Le renversement entier du fond de la matrice qui ne peut pas être réduit, s'il ne fait pas mourir la femme dès le premier jour que cet accident lui arrive, il lui est toujours funeste dans la suite, par une perte de sang continuelle.

130. La femme qui a une descente de matrice ne doit point comprimer son ventre avec un bandage; ni porter ni lever aucun pesant fardeau, et doit s'assujétir à porter un pessaire, lorsque la descente est invétérée.

131. Si le pessaire est bien fait, la femme qui le porte actuellement ne laisse pas de pouvoir bien concevoir, la semence étant reçue dans la matrice à travers le trou du pessaire (1).

SECTION XXI.

Hydropisie de Matrice.

132. Les eaux qui s'engendrent dans la matrice ne sont jamais enveloppées d'aucune membrane, surtout si la femme n'a point usé du coït.

SECTION XXII.

Hydropisie du Ventre.

133. L'hydropisie du ventre qui a précédé de longtemps la grossesse d'une femme, s'augmente encore souvent après qu'elle est accouchée.

134. L'hydropisie du ventre vient ordinairement aux femmes par la privation ou entière cessation ou, à tout le moins, par une grande diminution de leurs menstrues.

---

(1) Le pessaire devient inutile à la femme enceinte de quatre à cinq mois; le volume de l'utérus alors ne laisse aucune crainte; mais après sa couche, lorsque la femme sujette à la descente voudra se lever ou marcher, elle fera bien de remettre le pessaire.

SECTION XXIII.

De l'Avortement.

135. Si, avec de grandes douleurs de reins, on voit sortir de la matrice, dans le temps de la grossesse, quelques excrétions qui n'avaient pas coutume de paraître, la femme est pour lors en danger d'avortement, et principalement si les excrétions sont teintes de sang.

136. Il est impossible qu'une femme ayant avorté d'un des enfans qu'elle aurait conçus, puisse conserver l'autre jusqu'à terme (1).

138. L'avortement est toujours funeste à l'enfant, ou dans le temps même de l'avortement, ou peu de temps ensuite.

139. Les avortemens sont presque toujours accompagnés d'une grande perte.

141. Il arrive dix fois plus d'avortemens dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, que dans tous les autres.

142. Il y a des femmes qui, comme elles conçoivent facilement, avortent aisément sans aucune cause manifeste.

---

(1) On a vu des exemples très rares, il est vrai, du contraire. Madame D..., de Saint-Germain-en-Laye, âgée d'environ trente-neuf ans, enceinte de quatre mois et demi, fit subitement une fausse couche. Ayant pris toutes les précautions que cet état exigeait, elle fut fort surprise de ne point voir reparaître ses règles; son ventre augmentant de volume, elle pensa qu'un second enfant était resté dans son sein, et qu'il continuait de s'y développer. Son accoucheur lui ayant assuré qu'elle n'était pas et qu'elle ne pouvait pas être restée enceinte, la pauvre dame demeura persuadée qu'elle était affectée d'une maladie très grave; mais heureusement elle en fut guérie environ quatre mois et demi après son avortement, en mettant au monde un garçon bien portant, qui a aujourd'hui quinze ans.

144. Les violentes agitations de l'esprit causent souvent des avortemens aux femmes, comme font celles du corps, et principalement la subite peur et la colère.

145. L'écoulement d'eau teinte du sang de la matrice d'une femme grosse qui n'est pas à terme, est un signe avant-coureur ordinaire de l'avortement.

146. La femme qui avorte est souvent plus difficilement délivrée de l'arrière-faix que celle qui accouche à terme (1).

147. Les femmes qui avortent ayant la petite-vérole, meurent presque toujours quelques temps après.

148. Dans les avortemens au dessous de quatre ou cinq mois, il ne faut pas beaucoup se mettre en peine de réduire en une bonne figure les enfans qui se présentent mal; car, en quelque posture que ces avortons soient, la nature les expulse assez facilement à cause de leur petitesse.

149. Comme dans les avortemens qui se font dans les deux ou trois premiers mois de la grossesse, la matrice ne s'ouvre qu'à proportion de la petitesse du fœtus, il arrive assez souvent que l'arrière-faix dont le volume est plus gros, est retenu au dedans durant quelque temps (2).

150. La grosseur des fœtus avortons morts ne correspond pas toujours au temps de la grossesse; car ils n'ont ordinairement, quand ils sont expulsés de la matrice,

---

(1) Surtout si c'est dans les premiers mois de la grossesse. Ce n'est souvent qu'au moyen d'injections dans la cavité de l'utérus que l'on parvient à la débarrasser du corps qu'elle contient.

(2) Mais on ne doit pas rester spectateur oisif lorsque la perte menace les jours de la femme : il faut donc se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisans, ou bien faire des injections.

que la grosseur qu'ils avaient quand leur principe de vie a été détruit.

151. Les femmes qui sont sujettes à de fréquens avortemens doivent, avant que de se mettre en état de concevoir, être cinq ou six mois sans coucher avec leur mari et s'abstenir entièrement du coït, et se tenir en repos dès qu'elles se croiront être grosses.

152. Les arrière-faix squirrheux sont souvent cause de l'avortement quand l'enfant devient un peu grand, parce que ces sortes d'arrière-faix ne peuvent pas fournir une suffissante ni convenable nourriture à l'enfant.

153. Les enfans avortons qui sont expulsés vivans n'ont pas ordinairement de voix durant la fin du troisième mois, leur poumon n'ayant pas encore la force de pousser l'air avec assez d'impétuosité pour former un cri.

154. L'avortement que les femmes se procurent volontairement les met en plus grand péril de la vie que celui qui leur arrive de soi-même sans l'exciter.

155. Il y a des femmes grosses si délicates et si faibles, qu'elles avortent pour le moindre faux pas qu'elles fassent, ou seulement pour lever trop le bras.

156. On voit beaucoup de femmes avoir des avortemens dans les premiers mois de leur grossesse, par le seul effet de leur tempérament trop sanguin (1).

157. Les avortemens sont toujours d'autant plus dangereux que la cause qui les procure est violente, soit qu'ils soient causés par mauvais remèdes pris intérieurement, soit qu'ils viennent de quelque blessure extérieure.

---

(1) Dans cette espèce de tempérament, la saignée, faite de bonne heure et répétée suffisamment, pare souvent à cet accident.

SECTION XXIV.

Signes de l'enfant mort en la matrice.

158. Les mamelles et le ventre de la femme grosse dont l'enfant est mort diminuent, au lieu d'augmenter de jour en jour (1).

159. Les excrétions fétides et cadavéreuses de la matrice ne sont pas toujours un signe certain de la mort de l'enfant qui y est contenu, car ces excrétions peuvent être telles par la seule corruption de quelques caillots de sang qui y aura séjourné trop long-temps (2).

163. L'enfant mort en la matrice acquiert une corruption plus grande et plus fétide en deux ou trois jours après l'écoulement de ses eaux, qu'il ne fait en un mois, quand ses eaux ne sont pas écoulées.

164. Quand la tête d'un enfant reste long-temps engagée au passage, sans que la partie qui s'y présente se tuméfie, c'est ordinairement un signe qu'il est mort.

SECTION XXVI.

Situations différentes de l'enfant.

168. La situation naturelle de l'enfant au ventre de la mère, tant aux garçons qu'aux filles, c'est d'avoir la tête en haut, regardant en devant, et les pieds en bas, dans les sept ou huit premiers mois de la grossesse; et tout au contraire la tête en bas, regardant le derrière de la mère, et les pieds en haut, dans les derniers mois. (Beaucoup d'auteurs sont de cette opinion.)

---

(1) On peut ajouter que la femme éprouve un sentiment de pesanteur du côté où elle se couche; et quand elle est debout ou assise, ce mouvement de pesanteur se fait sentir sur les pubis; d'ailleurs elle ne sent plus mouvoir son enfant.

(2) Ou bien par une maladie particulière à l'utérus; ce qui est alors d'un très mauvais augure.

171. La posture naturelle de l'enfant dans le temps de l'accouchement est de présenter la tête, ayant la face en dessous (1); toutes les autres postures sont mauvaises et contre nature, entre lesquelles celle des pieds est la moins mauvaise; celles du bras et de l'épaule sont les plus fâcheuses; celle du cou tient le milieu aussi bien que celles des mains et des pieds ensemble (2).

SECTION XXVIII.

Du Méconium.

173. L'enfant ne rend jamais le méconium dans le ventre de sa mère, si ce n'est par extrême faiblesse, ou par trop grande compression du ventre, quand il est en mauvaise situation *.

SECTION XXX.

Membrane de l'enfant.

176. Les enfans jumeaux ont toujours chacun leurs membranes et leur eaux particulières, et ne sont jamais dans une même enveloppe, à moins qu'ils n'aient leurs corps joints et adhérens l'un à l'autre; ce qui est très-rare et monstrueux.

177. Les membranes de l'enfant qui sont trop fortes

---

(1) La tête n'affecte cette situation que dans le cas de la troisième position du sommet, ou à la fin du travail de la première et de la seconde position de cette région de la tête; mais du temps de *Mauriceau*, et long-temps encore après lui, le mécanisme de l'accouchement naturel était encore inconnu, et l'on considérait comme mauvaise position de la tête toutes celles où la face n'était pas *en dessous*.

(2) La présentation des mains avec les pieds n'offre pas de grandes difficultés.

* Ce n'est pas dans le ventre ni dans l'utérus de la femme que s'écoule le méconium, mais bien dans le vagin.

ou trop faibles, retardent l'accouchement. Les fortes, tardant trop à se rompre, empêchent l'enfant de s'avancer au passage; et les faibles, se rompant prématurément, font que les eaux s'écoulant devant que la matrice soit suffisamment dilatée, l'enfant y demeure à sec.

SECTION XXXI.

De l'Accouchement.

178. Les femmes au dessus de quinze ans accouchent d'autant plus facilement qu'elles sont jeunes.

179. Lorsque les eaux que vide une femme en travail, qui d'abord avaient été simples et maigres, commencent à devenir glaireuses, elles accélèrent pour lors l'accouchement (1).

180. Les os pubis ni ceux des hanches ne se séparent point dans le temps de l'accouchement; il n'y a que le *coccix*, dont l'articulation est mobile, qui se recule un peu en arrière (2).

181. La saignée du bras, faite à la femme qui a un travail laborieux, lui est très-utile pour la faire accoucher plus promptement et plus heureusement, et pour la préserver de trop grandes pertes de sang ou de convulsions (3).

---

(1) Parce qu'elles relâchent mieux et de plus en plus les parties molles qui doivent être traversées par l'enfant. Ces matières glaireuses viennent du dehors du chorion, ou plutôt de la face interne du col de l'utérus, et non de l'intérieur de l'amnios; cela est si vrai, que ces matières glaireuses commencent à couler dès le commencement du travail, lorsque les membranes sont encore dans toute leur intégrité.

(2) *Mauriceau* entend par le mot *séparation*, l'*écartement* des symphyses.

(3) Oui, si la résistance dépend des parties charnues seulement.

SECTION XXXII.

Accouchemens laborieux.

182. Les femmes dont les enfans ont la tête grosse et les épaules larges, souffrent plus que les autres en leur travail, et principalement celles qui accouchent pour la première fois.

185. L'écoulement prématuré des eaux de l'enfant, sa grosseur excessive, l'embarras de son cordon autour de quelques autres parties, et la situation de sa face en dessus, prolongent beaucoup l'accouchement, et le rendent laborieux (1).

184. Dans les accouchemens difficiles et laborieux, la nature travaille fructueusement; mais dans les accouchemens contre nature, où un gros enfant est en mauvaise situation, tous les efforts sont inutiles (2).

185. Dans tous les accouchemens contre nature qui procèdent seulement de la mauvaise position de l'enfant, il faut attendre, pour le retirer de la matrice, que son orifice interne soit passablement ouvert, et assez préparé et amolli pour y pouvoir introduire la main sans trop de violence.

186. Dans la plupart des mauvaises postures auxquelles l'enfant se présente, il vaut souvent mieux le tirer par les pieds que d'essayer à le réduire dans la posture naturelle; c'est pourquoi cet accouchement (le naturel) doit servir de règle à bien pratiquer les autres.

188. Quand on veut retourner un enfant dans la matrice, pour le tirer ensuite par les pieds, il faut que le chirurgien glisse sa main au dedans des membranes de

---

(1) *Mauriceau* entend par *laborieux*, accouchement *long, douloureux.*

(2) S'opposent même aux moyens que l'art met en pratique.

l'enfant (1), afin que, par leur interposition, la matrice ne soit pas si facilement offensée.

190. Les femmes dont les enfans sont extraordinairement gros, ont des douleurs plus lentes dans le commencement de leur travail, à cause que ces sortes d'enfans ont de la peine à descendre et à être poussés dans le passage.

193. Lorsqu'il est nécessaire de retourner un enfant en la matrice pour en faire extraction, le chirurgien doit, autant qu'il peut, en travaillant, se mettre dans une situation commode, afin de conserver ses forces qui lui sont très-nécessaires pour bien conduire son opération.

SECTION XXXIII.

Vomissemens de la femme grosse.

194. Les vomissemens violens et excessifs des femmes, plus encore la toux opiniâtre, les mettent d'autant plus en danger d'avorter, que le terme de leur grossesse est avancé.

---

(1) Il est des cas où il vaudrait mieux glisser la main entre l'utérus et les membranes, lorsque celles-ci ne sont pas rompues; dans le cas, par exemple, de l'implantation du placenta sur l'orifice de l'utérus. L'épaisseur de cette masse vasculaire empêchant de distinguer la partie de l'enfant qui se présente, ou au moins sa situation avec le bassin, il est important de conserver toute la quantité d'eau qui est contenue dans l'utérus, pour avoir plus de facilité à le retourner et à l'amener par les pieds, si l'on est déterminé à prendre ce dernier parti; parce que le précepte qui recommande d'opérer de la main qui répond au côté de l'utérus où se trouvent les pieds de l'enfant ne saurait avoir son application, puisque l'on ne peut tirer cette induction qu'autant que l'on a reconnu la partie qui se présente et sa situation à l'égard du bassin.

SECTION XXXV.

Gouvernement de la femme en travail.

196. Si la femme qui commence d'être en travail n'a pas eu depuis quelques jours la liberté du ventre, on doit pour lors lui donner un clystère pour la lui procurer, en rendant par ce moyen la voie de l'enfant plus libre.

197. Si la femme qui est en travail de son premier enfant est d'une habitude replète, il est très salutaire de la saigner du bras, dans le temps que son pouls commencera d'être fort élevé par l'agitation du travail.

198. La respiration libre contribue beaucoup, en augmentant la force de l'impulsion des douleurs, à faciliter l'accouchement (1).

199. A quelque temps de la grossesse que puisse être une femme lorsque l'on sent les eaux se former, c'est-à-dire se présenter et être poussées au devant de la tête de l'enfant dans le temps de la douleur, c'est un signe certain que la femme est en travail.

200. Il ne faut jamais rompre les membranes de l'enfant dans le temps du travail d'une femme, que la matrice ne soit suffisamment dilatée, pour pouvoir espérer un prompt accouchement, à moins qu'il n'y ait quelque pressant accident qui y oblige, comme celui d'une perte de sang ou de quelque convulsion.

201. Il ne faut pas réitérer trop souvent les onctions de beurre dans le temps du travail d'une femme, parce qu'ainsi faisant, on consume les humidités glaireuses de la matrice, qui y font une onction naturelle, qui est souvent bien plus utile que tout le beurre qu'on y peut introduire.

202. La femme qui est en travail ne doit user d'aucun aliment ni de boisson qui la puisse trop échauffer.

---

(1) Oui, quand l'enfant est convenablement placé.

SECTION XXXVI.

Du cordon de l'ombilic de l'enfant.

204. Tout le cordon de l'ombilic de l'enfant est insensible, parce qu'il n'y a pas de nerf qui s'y distribue (1).

205. L'enfant ne tire aucune nourriture par la bouche durant qu'il est au ventre de sa mère, n'étant pour lors vivifié que du seul sang qu'il reçoit par la veine ombilicale.

206. Les cordons qui sont froncés, quelque gros qu'ils soient, sont bien plus sujets à se rompre, en les tirant pour délivrer la femme de son arrière-faix, que les autres.

207. Il y a des enfans qui ont le cordon de l'ombilic si gros, que, bien que l'on y fasse une ligature fort serrée, néanmoins, venant après à diminuer de grosseur en se flétrissant, la ligature en est rendue plus lâche; ce qui fait que le sang ne laisse pas de s'en écouler ensuite, si on n'y prend bien garde.

208. On voit quelquefois des enfans naître avec le cordon de l'ombilic noué d'un véritable nœud qui s'y est fait par la grande longueur de ce cordon, dont il s'est fait un cercle dans lequel l'enfant a passé en se remuant au ventre de sa mère.

SECTION XXXVII.

Accouchemens de la femme qui est grosse de plusieurs enfans.

209. La matrice s'étant une fois ouverte pour mettre dehors un des enfans jumeaux, ne se referme

---

(1) Il y a des nerfs dans le cordon; mais ils sont très petits, accollés sur les parois de la veine ombilicale.

jamais que le second n'en ait été expulsé ou tiré (1).

210. Celui des enfans jumeaux qui sort ou est tiré le premier de la matrice, doit toujours être réputé pour l'aîné, nonobstant l'opinion qu'on pourrait avoir touchant la superfétation.

212. L'un des enfans jumeaux peut être vivant au ventre de la mère, quoique l'autre y soit mort depuis un mois ou deux.

214. Lorsque la femme est grosse de plusieurs enfans, il ne faut la délivrer de l'arrière-faix qu'après la sortie du dernier enfant, parce qu'autrement on lui causerait une grande perte de sang, en détachant ainsi l'arrière-faix prématurément.

216. Il faut toujours porter la main sur le ventre d'une femme incontinent après l'avoir accouchée d'un enfant, pour reconnaître s'il n'y en a pas encore un second, et principalement si on voit que l'enfant qui est sorti n'est que de médiocre grosseur, comme tous les jumeaux sont ordinairement.

217. Les arrière-faix qui sont fort épais, et principalement ceux qui sont comme squirrheux, sont bien plus difficilement tirés de la matrice que ceux dont la substance est molle, et qui n'ont qu'une médiocre épaisseur (2).

219. Ce n'est pas tant l'adhérence de l'arrière-faix qui le retient quelquefois au dedans de la matrice, que c'est la seule contraction de l'orifice interne (utéro-vaginal), qui n'est pas assez dilaté pour l'en laisser sortir.

(1) Le contraire n'est sans doute arrivé que dans le cas où l'utérus était séparé par une cloison, ou lorsqu'il était double.

(1) On pourrait ajouter que les placentas formés en raquette présentent aussi souvent des difficultés, surtout quand le cordon est placé en bas.

SECTION XXXIX.

Extraction de l'arrière-faix resté en la matrice.

220. Il vaut mieux préférer l'extraction de l'arrière-faix par l'opération de la main, autant qu'il est possible, sans aucune violence, que d'en exciter l'expulsion par des remèdes purgatifs et diurétiques.

221. Lorsque l'arrière-faix est resté dans la matrice après l'avortement d'un enfant, si elle n'est pas assez ouverte pour en faire facilement l'extraction, le danger est moins grand d'en commettre l'expulsion à la nature que de faire trop de violence pour le tirer.

SECTION XL.

Sortie du cordon de l'ombilic.

222. La sortie du cordon de l'ombilic avant l'enfant le fait souvent mourir en très peu de temps au ventre de la mère, comme fait aussi la forte compression de ce même cordon qui se présente avec la tête au passage.

223. En touchant le cordon de l'ombilic qui est sorti, on connait si l'enfant, qui est encore dans la matrice, est vivant, par le battement des artères que l'on y sent, ou mort par l'entière privation de ce même battement.

224. Les femmes dont les enfans ont beaucoup d'eaux et le cordon de l'ombilic fort long, sont sujettes à la sortie de ce même cordon devant l'enfant, lorsque les eaux viennent à s'écouler subitement par la rupture de leurs membranes.

SECTION XLI.

Enfant hydropique.

225. L'enfant qui est hydropique du ventre ou de la tête, s'il ne meurt pas dès le ventre de sa mère, comme

il arrive le plus souvent, il meurt toujours très peu de temps après être né, aussi bien que celui qui est monstrueux, ayant deux têtes ou deux corps.

226. Si l'enfant, au temps de l'accouchement, ayant la tête entière hors du passage, est fortement arrêté au détroit des épaules, il est ordinairement hydropique du ventre, ou monstrueux par l'adhérence de son corps à celui d'un autre enfant.

227. L'enfant qui est hydropique est bien plus facilement tiré de la matrice que l'enfant monstrueux; car il suffit de faire une ample ponction aux parties qui sont hydropiques, pour en évacuer toutes les eaux qui en faisaient l'excessive grosseur.

SECTION XLII.

Convulsion de la femme grosse et accouchée.

228. La convulsion met la femme grosse et son enfant en danger de la vie, qui est toujours d'autant plus grand que la femme ne revient pas à connaissance dans l'intervalle des accès de la convulsion (si les convulsions arrivent pendant le travail).

229. Les femmes grosses qui sont en travail de leur premier enfant, sont beaucoup plus sujettes à la convulsion que les autres qui ont déjà eu d'autres enfans.

230. La femme grosse qui est surprise de convulsion, est bien plus en danger de la vie que celle qui est accouchée, à qui le même accident arrive (1).

231. La convulsion qui arrive à une femme grosse ou accouchée d'un enfant mort et corrompu, la met en bien plus grand danger de la vie que celle dont l'enfant est vivant, qui est surprise du même accident.

---

(1) Pourvu qu'il ne survienne pas à ces dernières de très grandes pertes de sang ou prostration de forces.

232. L'émétique est pernicieux aux femmes grosses ou nouvellement accouchées qui sont surprises de convulsion, et la saignée est pour lors le meilleur remède que l'on puisse faire aux unes et aux autres, si la convulsion n'a pas été causée par une grande perte de sang.

SECTION XLIII.

Convulsion de l'enfant.

233. Les femmes qui font des enfans qui ont la tête trop grosse, les voient ordinairement mourir de convulsion à la sortie de leurs dents. (Il en est de même pour les enfans dont la tête grossit trop par la suite.)

SECTION XLIV.

Enfans qui présentent les Pieds.

234. Lorsque l'enfant ne présente qu'un pied, il faut bien considérer si c'est le droit ou si c'est le gauche, et de quelle figure il se présente ; car ces réflexions feront facilement connaître de quel côté est l'autre pied, afin de l'aller chercher avant que de tirer l'enfant.

235. Lorsqu'on voit deux pieds d'enfant, l'un droit, l'autre gauche, se présenter, il faut bien prendre garde, avant de les tirer, s'ils sont tous deux d'un même enfant (1).

236. En tirant de la matrice un enfant par les pieds, il faut toujours prendre garde, avant que d'en tirer la tête, que la face soit tout-à-fait en dessous.

---

(1) Il faudrait supposer, dans le cas des jumeaux, que leurs membranes se rompissent toutes les deux en même temps ; car on doit se rappeler que les fœtus ont chacun leur membrane particulière.

SECTION XLV.

Enfant dont la Tête est grosse.

238. Les femmes dont les maris ont la tête grosse et les épaules fort larges, engendrent ordinairement de gros enfans qui leur ressemblent en cela.

239. Dans le premier accouchement des femmes, si la tête de leur enfant est très grosse, elle reste quelquefois engagée dans le passage après y avoir été poussée, principalement aux femmes avancées en âge; mais cet accident n'arrive pas dans les autres accouchemens lorsque le premier enfant est venu à terme, et qu'il a été d'une juste proportion (et que les enfans qui viendront par la suite ne seront pas disproportionnés).

SECTION XLVI.

Tête de l'enfant restée en la matrice.

240. Lorsque la tête d'un enfant est restée seule dans la matrice qui n'est plus assez ouverte pour lui donner passage, il vaut mieux en commettre l'expulsion à la nature, que d'en tenter l'extraction avec trop de violence (surtout s'il n'y avait pas d'accidens menaçans).

SECTION XLVII.

Enfant se présentant en mauvaise posture.

241. Lorsque quelque partie de l'enfant se présente dans le temps de l'accouchement avec sa tête, c'est ordinairement une de ses mains ou toutes les deux, plutôt qu'aucune autre (et le cordon ombilical).

242. Lorsqu'un enfant se présente en quelque mauvaise posture dans le temps de l'accouchement, il ne faut jamais le tirer par le bras, car l'accouchement est

toujours rendu d'autant plus difficile, que le bras qui se présente sort plus avant.

243. Tous les enfans qui se présentent le cul devant, dans le temps de l'accouchement, rendent toujours le méconium dans le ventre (le vagin) de leur mère, à cause de la grande compression que leur ventre reçoit en cette position.

SECTION XLVIII.

Opération césarienne.

244. Comme l'opération césarienne cause toujours très certainement la mort de la femme, on ne la doit jamais entreprendre durant qu'elle est encore en vie (1).

245. Comme l'enfant, outre la vie commune dont il jouit avec sa mère, a encore en soi un principe de vie qui lui est particulier, l'on trouve quelquefois des enfans vivans au ventre de leur mère morte, si l'on en fait ouverture aussitôt qu'elle est expirée.

SECTION XLIX.

Des Instrumens pour l'extraction de l'enfant.

246. Il ne faut jamais se servir d'instrumens pour faire extraction d'un enfant mort, lorsque les mains seules peuvent suffire.

248. Devant que de se résoudre à tirer un enfant du ventre de sa mère avec les instrumens, il faut bien prendre garde à ne pas traiter un enfant vivant comme un enfant mort. (Les forceps n'étaient point connus de Mauriceau.)

---

(1) Cette opération a rarement un heureux succès; mais comme elle a réussi quelquefois, on doit tenter ce moyen de sauver la mère et l'enfant, lorsqu'on n'en a pas de plus sûrs.

SECTION L.

Gouvernement de la femme accouchée.

249. C'est une mauvaise coutume que celle d'empêcher, durant quelque temps, les femmes de dormir après qu'elles sont accouchées ; car il n'y a rien qui puisse rétablir les forces abattues et calmer les accidens causés par la grande agitation du travail que le dormir naturel.

250. Il ne faut jamais faire aucune lotion astringente aux parties naturelles de la femme, durant les quinze premiers jours après son accouchement, de crainte de supprimer les écoulemens de couches.

251. Le bandage du ventre des femmes accouchées ne doit être que simplement contentif durant tout le temps qu'il s'écoule quelque vidange de la matrice. (Il est surtout nécessaire lorsque les accouchées se lèvent.)

SECTION LI.

Tranchées qui suivent l'accouchement.

252. Les femmes accouchées ne sont pas ordinairement tant travaillées de douloureuses tranchées après leur premier accouchement que dans les suivans.

253. La cause la plus ordinaire des tranchées que les femmes souffrent après leur accouchement, vient des caillots de sang formés et retenus en la matrice, le sang ne sortant pas en liqueur hors de cette partie aussitôt qu'il s'est écoulé de ses vaisseaux. (On peut ajouter à cette cause le dégorgement des propres parois de la matrice.)

SECTION LII.

Des Vidanges de la couche.

254. Le sang qui sort de la matrice, immédiatement après l'accouchement, est beau et vermeil, et se caille

promptement si la mère est saine, ne différant en rien de celui qui demeure au reste du corps.

258. La totale et subite suppression des vidanges, dans les premiers jours après l'accouchement, met la femme en grand danger de la vie, si l'on n'y remédie au plus tôt; car ces humeurs supprimées, restant dans les vaisseaux de la matrice, ne manquent pas de causer inflammation en cette partie, et beaucoup d'autres pernicieux accidens (1).

259. La suppression des vidanges qui doivent être évacuées de la matrice après l'accouchement, est beaucoup plus préjudiciable à la femme que la suppression des menstrues (2).

261. Le chagrin n'est jamais plus pernicieux aux femmes que dans le temps de leurs couches, auquel temps il leur cause une dangereuse suppression de leurs vidanges (3).

SECTION LIII.

De l'Inflammation de la matrice.

262. L'inflammation de la matrice met la femme en

---

(1) *Mauriceau* prend l'effet pour la cause; la pléthore sanguine, les convulsions et l'inflammation suppriment les écoulemens de couche. J'ai donné mes soins à une dame dans trois couches consécutives, et chaque fois l'écoulement des lochies n'a duré que trente heures, sans que cette suppression influât d'une manière préjudiciable sur la santé de l'accouchée : il est vrai qu'elle allaitait ses enfans.

(2) Parce que la femme, après être accouchée, doit rendre une plus grande quantité de sang que dans le temps ordinaire de ses règles.

(3) Voici le cas où la suppression est la cause de l'engorgement; aussi sauve-t-on rarement quelques-unes de ces femmes, si les écoulemens ne se rétablissent avant la cessation des accidens : au contraire, dans le cas opposé, les accidens cessent.

grand danger de la vie; mais principalement quand elle arrive dans les premiers jours après un fâcheux accouchement.

263. Tous les remèdes purgatifs sont pernicieux à la femme qui a une inflammation de matrice.

264. Le hoquet, le vomissement, la convulsion, le délire et l'extrême tension du ventre, en une femme accouchée qui a une inflammation de matrice, sont tous des signes avant-coureurs de sa mort prochaine.

265. Quand la matrice souffre inflammation, son orifice est pour lors si dur et si resserré, qu'il ne peut pas permettre l'expulsion ni l'extraction des corps étrangers qui sont retenus en cette partie.

SECTION LIV.

Squirre de la matrice.

266. Le squirre de la matrice est une maladie très rebelle, qui est très souvent suivie de plusieurs autres qui sont mortelles, à cause que les humeurs superflues ne peuvent pas avoir leur évacuation ordinaire assez libre par cette partie, où il y a une grande obstruction.

267. Tous les purgatifs sont pernicieux au squirre de la matrice.

268. Le squirre de la matrice dégénère souvent en un cancer incurable.

269. Le squirre de la matrice rend toujours la femme stérile et valétudinaire durant tout le temps qu'elle subsiste. (On a vu un assez grand nombre d'exceptions.)

270. Les tumeurs douloureuses qui arrivent quelquefois aux femmes, après leur accouchement, vers un des côtés de la matrice, proche l'aine, sont toujours de très longue guérison; et, si elles viennent à abcéder, elles mettent la femme en danger de la vie.

SECTION LV.

Cancer de la matrice.

271. Les ulcères qui viennent de cause interne au propre corps de la matrice, ou à son orifice intérieur (utéro-vaginal), se convertissent toujours dans la suite en un cancer incurable. (Cette sentence, toute cruelle qu'elle est, n'est que trop vraie.)

272. Le cancer de la matrice fait toujours mourir misérablement les femmes qui en sont affligées, après leur avoir fait traîner une vie languissante et pleine de continuelles douleurs durant des années entières. (Rien ne soulage ces infortunées que l'opium ou les préparations dans lesquelles il entre.)

273. Comme les femmes, depuis l'âge de quarante ans jusqu'à celui de quarante-huit ou environ, commencent à n'être plus réglées dans l'évacuation de leurs menstrues comme auparavant, elles sont pour lors bien plus sujettes aux ulcères carcinomateux de la matrice qu'en tout autre âge de leur vie.

274. Il n'arrive presque jamais aux femmes qui ont passé soixante ans, de perte de sang après l'entière privation de leurs menstrues durant un long temps, à moins que ces pertes ne précèdent ou ne soient suivies de quelque ulcère carcinomateux, qui les fait toujours mourir dans la suite.

275. On voit très rarement le *cancer* arriver à la matrice des filles qui n'ont jamais usé du coït. (Cela n'est cependant pas sans exemple, même chez de très jeunes filles.)

SECTION LVI.

Flueurs blanches.

276. Il ne faut se servir d'aucun remède astringent

pour la curation des flueurs blanches avant que la plénitude du corps ait été suffisamment évacuée par saignées, purgations et autres remèdes convenables.

277. On voit quelquefois de petites filles de sept ou huit ans, infectées de gonorrhées vénériennes qu'on croit abusivement être simples flueurs blanches.

SECTION LVIII.

Tumeurs et Aposthèmes des mamelles.

280. Les remèdes astringens dont les femmes accouchées se servent ordinairement pour la décoration de leur sein, quand elles ne veulent pas être nourrices, y causent souvent, dans la suite, des tumeurs douloureuses et des aposthèmes, en empêchant la libre circulation des humeurs. (Cela est très vrai; mais l'air froid qui frappe subitement produit souvent le même effet.)

282. Les tumeurs squirreuses des mamelles, qui sont fort adhérentes aux côtes, deviennent ordinairement carcinomateuses dans la suite.

283. La fièvre de lait qui arrive aux femmes accouchées vers le troisième jour, est très ardente; mais elle est semblable à un feu de paille qui s'éteint aussitôt qu'il est allumé (1).

---

(1) Quelquefois la fièvre qui survient à cette époque de la couche est accompagnée de symptômes qui la rendent très redoutable.

APHORISMES

D'ORAZIO VALOTA,

Traduits de l'italien de la *Levatrice moderna*, nuova edizione da *Giuseppe* CHIAPPARI, chirurgo dello Sepedal Maggiore di Milano. — 1804.

---

2. LE bassin de la femme et la tête de l'enfant peuvent être naturellement l'un plus ou moins grand, l'autre plus ou moins volumineuse, selon les climats qui produisent les hommes plus ou moins forts et robustes.

3. Il est indispensablement nécessaire de connaître les diamètres de la tête de l'enfant, et ceux des ouvertures du petit bassin.

5. Le plus grand diamètre du corps du fœtus est entre une épaule et l'autre (1). Les articulations des extrémités se rapprochent toujours entre elles sur la partie antérieure du tronc.

6. La surface interne de l'utérus offre des inégalités après l'accouchement, lorsqu'il y est resté quelque portion de placenta.

Signe non équivoque de la grossesse.

7. Le signe unique, certain de la grossesse, est le mouvement de ballottement du fœtus; ce qui le distingue des simples contractions utérines ou intestinales.

---

(1) Le diamètre des épaules peut se réduire de près d'un pouce, et quelquefois plus; degré de réduction dont la tête n'est point susceptible dans aucun sens, à moins qu'elle ne contienne de l'eau ou qu'elle soit putréfiée.

Principaux devoirs de la Sage-Femme.

9. La sage-femme doit être très exercée au toucher.

10. La sage-femme doit toujours avoir à la pensée les cas où il est nécessaire d'administrer le baptême, et comment il faut l'administrer dans les différentes circonstances, que l'enfant soit encore dans l'utérus ou qu'il en soit dehors.

11. La sage-femme tâchera d'introduire l'usage de faire chauffer, en hiver, l'eau destinée à baptiser.

12. A la première visite que la sage-femme fera à son accouchée, elle examinera d'abord le ventre; et selon l'état où elle le trouvera, elle en tirera ses conjectures.

13. La sage-femme se gardera bien de l'énorme délit de donner ou de conseiller les moyens propres à faciliter l'avortement.

15. Un des principaux devoirs de la sage-femme est de savoir bien examiner la femme en travail, pour reconnaître les difficultés, et appeler promptement un chirurgien à son secours.

16. La sage-femme appellera toujours, s'il se peut, un accoucheur dans le cas où la mère et l'enfant sont menacés d'un grand danger, bien qu'elle se croie habile à opérer l'accouchement.

17. Il est de la plus grande importance que la femme, au moment de l'accouchement, ne soit point surprise de syncopes; mais il faut également éviter de donner trop d'activité à l'état de l'estomac, en permettant ou en donnant des liqueurs spiritueuses.

Accouchement naturel.

19. Il est nécessaire de connaître et de savoir distinguer les douleurs de l'accouchement, pour ne pas s'exposer à tomber dans de grandes erreurs.

20. La femme ne fera pas valoir ses douleurs mal à propos, et elle ne prolongera pas ses efforts sans nécessité.

21. Pour que la tête soit en bonne position au commencement du travail, il faut qu'elle présente le vertex au détroit supérieur, et que le front soit tourné vers une des symphyses sacro-iliaques.

22. Le fœtus, au commencement du travail, peut se présenter dans une bonne position, et, par la suite, prendre une mauvaise situation lorsque les membranes ne sont pas rompues.

23. Dans le travail de l'accouchement, quand le fond et le corps de l'utérus se contractent, le col se dilate; et quand les premiers se dilatent, l'orifice se contracte.

24. La tête du fœtus, en s'engageant, fait trois différens mouvemens : 1°. le front se place sur un des bords latéraux du sacrum; 2.° il se dirige dans la courbure du même os; 3°. l'occiput s'avance en remontant hors de la vulve.

25. L'accouchement se divise en trois périodes ou trois temps, son *commencement*, sa *progression* et sa *fin*.

Du Fœtus.

27. On ne doit pas toujours faire la ligature du cordon immédiatement après la naissance de l'enfant (1).

29. On doit défendre le cordon ombilical, non seulement de la compression, mais encore du froid.

30. Après l'accouchement, on fera en sorte de ne pas confondre la dépression du fond de l'utérus, ou le prolapsus incomplet de ce viscère, avec une mole ou faux germe.

---

(1) Lorsque l'enfant naît apoplectique, qu'il a la face gorgée de sang, on fait la section du cordon avant d'en faire la ligature.

32. Les cordons putréfiés se rompent facilement lorsqu'on tire dessus pour extraire le placenta.

43. Le placenta a quelquefois une figure irrégulière; et quelquefois aussi, mais très rarement, il est divisé par lobes, comme autant de petits placenta.

44. On ne doit pas faire l'extraction du placenta aussitôt après la sortie de l'enfant; on la diffère plus ou moins long-temps, selon les différentes circonstances du cas.

45. Le placenta est ordinairement attaché au fond de l'utérus; quelquefois sur les régions latérales, et d'autres fois sur l'orifice de ce viscère.

46. Il faut bien se garder de confondre la sortie du placenta qui précède l'enfant, avec une mole ou faux germe.

47. Le placenta, greffé sur l'orifice de l'utérus, oblige toujours à recourir à l'accouchement forcé.

48. La sage-femme doit toujours examiner le placenta aussitôt qu'il est hors du vagin, pour s'assurer s'il est entier, et s'il a bien toutes ses membranes.

De l'Hémorrhagie.

55. On remédie à la perte de sang qui a lieu pendant le travail, en rompant les membranes ou en hâtant l'accouchement.

56. Il est bien important de reconnaître l'hémorrhagie interne qui a lieu après l'accouchement et d'y remédier.

57. On doit savoir distinguer les lochies de la perte de sang qui a lieu après l'accouchement.

Accouchement laborieux (1).

61. Pour remédier à l'obliquité de l'utérus, les membranes étant dans toute leur intégrité, on fait coucher

---

(1) Accouchemens *longs*.

la femme sur le côté opposé à celui où se trouve le fond; mais on lui fait prendre diverses autres situations si les eaux sont évacuées, et si le fœtus est déjà très avancé.

64. Dans l'accouchement contre nature, si les eaux n'étaient pas sorties avant l'opération, et qu'elles vinssent à s'échapper trop précipitamment, on tiendrait ferme le fœtus à demi extrait, pendant quelques minutes, pour prévenir les accidens.

De l'Utérus.

68. L'utérus est uni au vagin à angle presque droit au moment de l'accouchement; à angle aigu dans la grossesse avancée, et à angle obtus dans tout autre temps.

De la Fausse Couche.

80. Pour bien se conduire dans le cas d'avortement, il faut y considérer trois temps : 1°. le prévoir; 2°. le prévenir; 3°. favoriser l'expulsion du produit de la conception (quand on n'a pu ni prévoir ni empêcher l'avortement.)

Sur la Saignée.

89. Quelquefois une saignée tous les mois a été très nécessaire à une femme enceinte; et d'autres fois, une seule saignée dans le cours de la grossesse a été préjudiciable à la mère et à l'enfant.

FIN DES APHORISMES.

TABLE

DES MATIÈRES.

DEUXIÈME PARTIE.

TROISIÈME PARTIE.

APHORISMES DE MAURICEAU.

APHORISMES D'ORAZIO VALOTA.

FIN DE LA TABLE.

